



Formation & Recherche en Soins

# LA POLYVALENCE OUTIL DU PILOTAGE À L'ACTIVITÉ



Marie-Pierre  
SAUTREUIL

MTMOS 2014-2015



A la mémoire de mon Père  
Pour sa philosophie,  
Ses valeurs,  
Son éternel soutien.



## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
<b>1 APPROCHE CONCEPTUELE DE LA POLYVALENCE ET DES ORGANISATIONS.....</b>	<b>6</b>
1.1 LA PLACE DES CONCEPTS ET DES NOTIONS DANS LA POLYVALENCE.....	6
1.2 LA MOBILITÉ.....	6
1.3 LA COOPÉRATION .....	6
1.4 LA COLLABORATION .....	7
1.5 LA MUTUALISATION .....	7
1.6 LA POLYVALENCE.....	8
1.6.1 La polyvalence, principe fondateur de la formation .....	8
1.6.2 Polyvalence et identité professionnelle .....	9
1.6.3 Polyvalence et notion d'appartenance .....	9
1.6.4 Polyvalence et Service Public .....	10
1.6.5 Polyvalence et coordonnateur général de soins .....	10
1.7 LA COMPÉTENCE.....	11
1.7.1 Le concept de compétence selon Guy Le Boterf .....	11
1.7.2 Le concept de compétence selon P Zarifian.....	11
1.7.3 Concept de compétences selon les professionnels de santé.....	12
1.8 LE SENTIMENT D'EFFICACITÉ .....	12
1.8.1 La maîtrise .....	12
1.8.2 L'apprentissage social .....	12
1.8.3 La persuasion par autrui.....	13
1.8.4 L'état physiologique et émotionnel .....	13
1.8.5 L'interaction entre les croyances d'efficacité et la réceptivité de l'environnement.....	13
1.9 LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES MÉTIERS ET DES COMPÉTENCES .....	13
<b>2 LE PROJET AU CŒUR DE L'INSTITUTION.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 LE GROUPE HOSPITALIER CARNELLE PORTES DE L'OISE (GHCPO) : UN HÔPITAL QUI LUTTE POUR SUBSISTER.....</b>	<b>14</b>
2.1.1 Le contexte juridique.....	14
2.1.2 Le contexte géographique.....	14
2.1.3 Le contexte socio-économique .....	14
2.1.4 Le contexte politique : l'organisation sanitaire.....	15
2.1.5 Le contexte démographique .....	15
2.1.6 Quel avenir pour le GHCPO : les forces, les faiblesses, les menaces ! .....	16
2.1.7 Organisation et analyse structurelle du GHCPO : les pôles d'activité .....	17
<b>2.2 LE PÔLE MÉDECINE D'URGENCES RÉANIMATION .....</b>	<b>19</b>
<b>3 L'ACTIVITÉ : ÉPICENTRE DE L'ORGANISATION .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 LES FLUX D'ACTIVITÉ SUR LE PÔLE .....</b>	<b>21</b>
<b>3.2 ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES.....</b>	<b>22</b>
3.2.1 La Réanimation.....	22
3.2.2 Les Urgences .....	23
<b>3.3 ÉTUDE MACROSCOPIQUE DE L'ACTIVITÉ.....</b>	<b>24</b>
3.3.1 Les Urgences Médico-Chirurgicales .....	24
3.3.2 La Réanimation et les Soins Continus.....	25

<b>3.4</b>	<b>DÉMARCHE STRATÉGIQUE .....</b>	<b>27</b>
3.4.1	Les enjeux de la démarche .....	28
3.4.2	Les dimensions éthique et managériale.....	29
<b>4</b>	<b>L'ORCHESTRATION DU PROJET .....</b>	<b>30</b>
<b>4.1</b>	<b>LE CADRAGE DU PROJET.....</b>	<b>30</b>
<b>4.2</b>	<b>L'IMPLICATION DES CADRES.....</b>	<b>30</b>
<b>4.3</b>	<b>LES STRATES DU PROJET .....</b>	<b>31</b>
<b>4.4</b>	<b>LA COMMUNICATION ET L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS.....</b>	<b>31</b>
4.4.1	La communication .....	31
4.4.2	Le groupe de retour sur expérience (REX) .....	31
4.4.3	La formation .....	32
4.4.4	Analyse du travail .....	32
4.4.5	La cartographie des soins.....	33
4.4.6	La cartographie des compétences.....	33
<b>4.5</b>	<b>LE CADRAGE MANAGÉRIAL .....</b>	<b>34</b>
4.5.1	Indicateurs d'organisation.....	34
4.5.2	Les outils de pilotage.....	34
4.5.3	Le choix des indicateurs .....	35
<b>4.6</b>	<b>PHASE D'ÉVALUATION .....</b>	<b>38</b>
<b>4.7</b>	<b>HARMONISATION DES PRATIQUES MANAGÉRIALES.....</b>	<b>38</b>
4.7.1	Harmoniser les pratiques de management des ressources humaines.....	38
4.7.2	Harmoniser les organisations et pratiques professionnelles .....	38
<b>4.8</b>	<b>ÉVOLUTION DU PROJET .....</b>	<b>38</b>
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>39</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>40</b>
	<b>TABLE DES ANNEXES .....</b>	<b>42</b>

## ABRÉVIATIONS

ARS	Agences Régionales de Santé
AS	Aide-Soignant
CH	Centre Hospitalier
CHIPO	Centre Hospitalier des Portes de l'Oise
CHRD	Centre Hospitalier René-Dubos
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CLUD	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en Comité de Lutte contre la Douleur charge
CRUCQ	Direction Général de l'Offre de Soins
DGOS	Direction Générale de l'Organsation Sanitaire
ECUE	Elément Constitutif d'une Unité d'Enseignement
ESPIC	Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHCPO	Groupe Hospitalier Carnelle les Portes de l'Oise.
GIE	Groupement d'Intérêt Économique
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Moyens et des Compétences
HPST	Hôpital Santé Territoire
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MUR	Médecine d'Urgence et de Réanimation
REX	Retour sur Expérience
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
SFAR	Société Française Anesthésie et de Réanimation
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS	Schémas Régionaux d'Organisation des Soins
UE	Unité d'Enseignement
UHTCD Ou UHCD	Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
USC	Unité de Soins Continus

## INTRODUCTION

Les différentes réformes hospitalières<sup>1</sup>, les lois de finances<sup>2</sup>, les transformations des modes de financement des établissements de santé (tarification à l'activité), les changements d'évolution de la politique sociale (mise en place des 35 h) et du travail (la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences [GPMC] et prévention des risques psychosociaux), le projet de loi santé, l'hôpital numérique nécessitent une adaptation des organisations hospitalières. Ces réformes touchent principalement six domaines :

La responsabilisation, la qualité, le décloisonnement, les droits du patient, l'information, la technologie.

✓ La responsabilisation : la loi du 31 juillet 1991 et les ordonnances du 24 avril 1996 sont porteuses de la logique de responsabilisation. Les différents acteurs du monde hospitalier sont impliqués dans la dynamique de projet (projet d'établissement, projet médical, projet de soins, projet social, projet de pôle, projet de service). Cette responsabilisation est contractualisée par un contrat d'objectif et de moyen puis déclinée au niveau des pôles. Tous les professionnels sont ainsi responsabilisés et mis à contribution pour la réalisation des objectifs financiers, de qualité et d'efficience.

✓ La qualité : la plupart des Établissements se sont engagés dans une démarche qualité par les accréditations. Cette démarche est un enjeu stratégique important pour la pérennité des activités. Les résultats des accréditations sont médiatisés et consultables par l'utilisateur qui s'y réfère pour orienter son choix.

✓ Le décloisonnement : le fonctionnement autarcique de l'hôpital est révolu. La loi hôpital-santé-territoire a favorisé la mise en place de réseau. Une logique de coopération s'est progressivement installée entre les institutions, les pôles et les unités. Elle est accentuée dans la prochaine Loi Santé.

✓ Les droits du patient : acteur principal de l'hôpital, le patient a, par la loi du 4 mars 2002, une reconnaissance particulière de son statut, de ses droits et de ses devoirs. Les associations et les représentants des usagers sont intégrés dans les instances de l'hôpital (CRUQ<sup>3</sup>, CLUD<sup>4</sup>).

✓ L'information : la loi du 4 mars 2002 est venue renforcer les lois du 17 juillet 1978 et du 14 avril 2000 relatives aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

✓ La technologie : dans la course à l'innovation, les nouvelles technologies (informatisation, télémédecine, robotisation, objet connecté) font partie aujourd'hui du paysage hospitalier. L'hôpital doit s'attendre à exploiter de nouvelles technologies avec la mise en œuvre de nombreux projets IWARDS<sup>5</sup>...

---

<sup>1</sup> La loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière instaure une planification régionale et le principe de la contractualisation pluriannuelle ;

L'ordonnance du 24 avril 1996 qui établit les Agences régionales hospitalières ARH instaure le principe de contrôle qualité et renforce la contractualisation ;

L'ordonnance du 2 mai 2005 modifie l'organisation interne des hôpitaux et la constitution de pôles d'activités ;

La loi du 21 juillet 2009 Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) transforme les Agences Régionales hospitalières en Agences Régionales de Santé, modifie l'organisation administrative de l'hôpital, renforce le rôle du chef d'établissement et les coopérations entre établissements.

<sup>2</sup> Ordonnance du 24 avril 1996 avec l'instauration de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie ONDAM

<sup>3</sup> Commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité

<sup>4</sup> Comité de Lutte contre la Douleur

<sup>5</sup> Projet IWARD : nom du projet européen pour le développement des robots infirmiers

L'organisation de l'hôpital est selon B. DUBOIS celle d'une entreprise « *En effet, son budget lui permet de réaliser des achats, de fabriquer, de stocker des produits, de gérer du personnel et de distribuer produits et services* ». <sup>6</sup> L'hôpital doit intégrer de nouveaux concepts de gestion, évoluer d'un profil administratif vers un profil stratégique.

Dans ce nouveau concept de gestion, les managers doivent faire preuve de création, d'implication et promouvoir les orientations de l'établissement. L'hôpital subit des pressions des tutelles en termes d'exigence de qualité, de rapidité, de gestion économique qui les poussent à explorer de nouvelles orientations.

Ces nouvelles orientations ont induit la mise en place d'une démarche managériale de plus en plus généralisée dans les institutions hospitalières : **la polyvalence professionnelle**.

Cette polyvalence expérimentée depuis les années quatre-vingt dans les entreprises est à l'opposé de l'organisation taylorienne. Selon Henry Mintzberg, <sup>7</sup> « *la spécialisation n'est pas une panacée, loin s'en faut ; au contraire, la spécialisation du travail est la source de nombreux problèmes, notamment de communication et de coordination* » deux éléments clés dans l'organisation hospitalière. Cependant, cette polyvalence existait déjà au sein des structures sous la forme de mobilité professionnelle (mobilité et polyvalence ont des liens étroits, mais des concepts différents). Cette mobilité est liée à une nécessité organisationnelle (répartition des professionnels pour des fermetures d'unité temporaire, répondre à une baisse d'activité, à un absentéisme). Elle tire sa notoriété par ses modalités de mise en œuvre, vécue comme l'expression d'une maltraitance professionnelle (sentiment d'insatisfaction au travail, non-reconnaissance implicite de l'individu par une priorisation de sa fonction...)

Depuis 4 ans, j'exerce la fonction de Cadre Supérieur de Santé coordonnateur du pôle Urgence Réanimation Smur. Je pilote un pôle technique, attractif, spécialisé et cloisonné. L'activité cyclique (saisonnalité, creux d'activité hors saison, fermeture programmée) du pôle demande une organisation des ressources humaines dynamique et réactive. Des organisations ont été mises en place (cadre de fonctionnement à l'activité, cadre de fonctionnement saisonnier personnalisé). Cependant, cette organisation ne peut répondre en totalité aux écarts d'activité. Il faut y associer une politique managériale de décroisement de service par l'instauration de la polyvalence professionnelle.

Néanmoins, l'ordonnement de la polyvalence ne doit pas dénaturer la spécificité organisationnelle et compromettre la qualité du service. Le projet de polyvalence requiert des connaissances sur l'organisation existante, l'organisation du travail, l'implication des professionnels. J'aborderai ces notions au travers d'une réflexion sur les organisations du travail, les notions et les concepts qu'induit la polyvalence, puis je repositionnerai le projet sur l'Établissement et enfin j'exposerai la structure du projet.

---

<sup>6</sup> B. Dubois « le Marketing Stratégique Hospitalier » Gestions Hospitalières. N° 255. Avril 1996. p 279-283

<sup>7</sup> Mintzberg Henry. Structure et dynamique des organisations. Paris : Éditions d'organisation, 1982 p 90



# 1 APPROCHE CONCEPTUELE DE LA POLYVALENCE ET DES ORGANISATIONS

## 1.1 LA PLACE DES CONCEPTS ET DES NOTIONS DANS LA POLYVALENCE

Afin d'éviter les confusions, il semble nécessaire de clarifier les concepts. Lorsqu'on évoque la polyvalence, elle est associée par les professionnels à la mobilité, la mutualisation, la coopération et la collaboration qui sont des notions proches, mais dont la sémantique diffère.

## 1.2 LA MOBILITÉ

La mobilité est définie comme le caractère de ce qui se meut une volonté de bouger de se mouvoir. Dans le contexte professionnel, la mobilité est souvent usitée pour générer une motivation. C'est ce qu'explique San Julian<sup>8</sup> « *la mobilité consiste à se mobiliser pour passer d'une certaine qualité à une autre supposer meilleure* » elle a donc un caractère volontaire, motivé et fait preuve d'une dynamique personnelle.

La mobilité revêt différentes formes décrites par Abbad : la mobilité verticale ou ascensionnelle, catégorielle qui se traduit par une aspiration d'une évolution dans l'échelle sociale et/ou hiérarchique.

La mobilité horizontale se caractérise par un changement de métier ou d'emploi et nécessite de nouvelles compétences voire une reconversion.

La mobilité d'environnement prend la forme d'une mutation vers un autre établissement ou service. La mobilité peut être imposée par des restructurations organisationnelles ou choisie pour s'inscrire dans un projet d'évolution professionnel.

Ces différentes formes de mobilité peuvent être combinatoires.

Le caractère particulier de la mobilité et de la polyvalence démontre à la fois une différence ou une intime intrication. En effet, la mobilité induit une notion temporelle plus ou moins longue et diffère en cela de la polyvalence plus ponctuelle sur des missions courtes et fait référence à un élargissement des tâches assumées, mais elles sont liées par un concept commun : la compétence. Deux conceptions des organisations en faveur de la performance et de l'efficience.

## 1.3 LA COOPÉRATION

Selon Zarifian : « coopérer est travailler ensemble autour d'un objet partagé dans le but de produire les mêmes effets ce qui distingue la coopération de la coordination. En économie politique, le travail s'exprime en deux faces :

- ✓ Une face du travail concret, professionnel, orienté vers la production d'effets utiles, que l'on englobera sous la notion de service pour les destinataires,
- ✓ Une face du travail salarié qui est orienté vers la production de valeur économique et soumise à impératifs de rentabilité et de compétitivité de l'entreprise qui organise et met en œuvre le travail.

---

<sup>8</sup> San Julian M. « Pour faire de la mobilité une bonne affaire ». Objectif soins N° 91 page 11

Envisager le travail sous ces deux faces nous amène à considérer la coopération selon une approche économique « coopération et productivité du travail », une approche en science de la gestion « coopération et efficacité des ressources mobilisées » et enfin une approche sociologique « coopération et compréhension réciproque ».

Cette analyse du travail s'est exprimée dans le champ des professionnels médicaux et paramédicaux par l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009.

La coopération professionnelle, et plus particulièrement des professionnels de santé, est un enjeu national pour circonscrire à une déficience de la démographie médicale (coopération et efficacité des ressources mobilisées). Cette coopération professionnelle se traduit par : un transfert de compétences au travers d'activité et d'actes, une réorganisation du mode d'intervention auprès des patients sur un territoire de santé (coopération et compréhension réciproque). Elle trouve sa source dans la nécessité d'assurer l'efficacité de la prise en charge des patients dans un environnement socio-économique régulé. Cette coopération fait appel à la motivation individuelle et professionnelle pour s'investir dans une nouvelle orientation de politique de santé suscitée par les évolutions technologiques et économiques.

Elle est soumise à des conditions évoquées par Le Boterf « pour que les compétences puissent s'articuler les unes avec les autres et coopérer entre elles. Un certain nombre de conditions doivent être réunies à savoir le partage d'un langage commun à l'équipe. (...) un langage économique technologique, organisationnel, transversal aux divers postes ou fonctions. Un même langage (...) est nécessaire pour non seulement échanger, mais coopérer. La coopération professionnelle se distingue de la collaboration professionnelle.

## 1.4 LA COLLABORATION

Selon Daniel d'Amour<sup>9</sup> : « Dans le domaine de la santé, la collaboration est généralement définie comme un processus conjoint de prise de décision partagée » la collaboration est en lien avec le collectif de travail et la qualité des relations entre les membres de ce collectif dans une logique de complémentarité et d'articulation dont le principal bénéficiaire est le patient. Cette collaboration se traduit par des échanges de savoirs et de pratiques pour Le Boterf<sup>10</sup> « la collaboration s'exprime au travers d'une mission commune dont les activités restent indépendantes ». La prise en charge du patient est l'exemple par excellence d'une collaboration entre les différents acteurs de soins selon des activités différenciées médecin, infirmière, kinésithérapeute, aide-soignant.

Cette vision de la collaboration fait évoluer le management des soins vers un management du soigner parce que le soin est une action alors que le soigner est un savoir agir. Le soigner s'adresse plus largement aux professionnels de santé, il est pluridisciplinaire, qu'importe la spécialité. Il s'appuie sur la complémentarité des compétences au sein de cette inter professionnalité, le manager cherche à créer une identité interprofessionnelle.

## 1.5 LA MUTUALISATION

La mutualisation est une organisation issue de nouveaux concepts qui sont apparus depuis 30 ans. Les notions de rentabilité, performance, efficacité et responsabilité sont largement relayées dans la pyramide hiérarchique de l'organisation sanitaire. Cette mutualisation est utilisée pour assainir les

---

<sup>9</sup> Danielle D'Amour et al, « l'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé », Sciences sociales et santé. Vol 17. N° 3, septembre 1999, p 63-92, p69

<sup>10</sup> Le Boterf. « Construire les compétences individuelles et collectives » Paris

situations financières des établissements par l'optimisation des ressources, la rationalisation des dépenses. La mutualisation est aujourd'hui un outil managérial de gestion des ressources humaines, modèle de réorganisation dans les restructurations, réorganisation dont les objectifs sont le maintien de la qualité et le gain de productivité. La mutualisation n'est pas seulement un outil de gestion. Au fil du temps, elle est devenue un outil managérial utilisé au sein des pôles. En ouvrant les services sur une organisation et une gestion de pôle. Elle se traduit par une mutualisation des ressources et des moyens administratifs, logistiques, techniques, économique, humain... Mutualiser revient à partager les connaissances organisationnelles et les compétences professionnelles : induire de la polyvalence.

## 1.6 LA POLYVALENCE

La polyvalence est une forme d'organisation du travail pour concourir à construire une fonction professionnelle élargie et enrichie dépassant le cadre de poste conventionnel. Elle est en complète opposition avec la parcellisation de la tâche et sa spécialisation véhiculée par le taylorisme. Ce modèle de production avait l'avantage de permettre une interchangeabilité des individus sur un même poste de travail, mais réduisait à néant toute possibilité pour l'opérateur d'acquérir de nouvelles compétences. L'évolution vers de nouveaux concepts de production orientée vers la performance a permis aux professionnels de développer des compétences variées les préparant à faire face à l'imprévu. L'interchangeabilité associée à la compétence a créé le concept de polyvalence. Les objectifs de la polyvalence sont doubles : individuels et organisationnels.

### Objectifs individuels

La polyvalence permet au professionnel de fortifier son critère d'employabilité (capacité d'un individu à s'adapter à diverse situation de travail) par l'acquisition ou le développement de ces connaissances, à tester sa capacité d'adaptabilité et d'apprenant.

### Objectifs organisationnels

L'atout majeur de la polyvalence est sans nul doute la flexibilité organisationnelle. Développer la polyvalence permet à l'organisation de disposer de ressources mobilisables et compétentes capables de répondre à des variations de charge de travail, répondre aux impératifs sociaux économiques de la structure. La polyvalence contribue à développer une nouvelle génération de professionnels plus flexibles, proactifs, mobiles et impliqués.

Par son caractère flexible, la polyvalence contribue à une souplesse organisationnelle pour le manager, apporte à l'opérateur une source d'acquisition ou de mobilisation de compétences cognitives, sensibles et situationnelles. Elle s'inscrit dans une politique de mutualisation des ressources pour une optimisation des compétences, de la performance et de l'efficacité.

### 1.6.1 La polyvalence, principe fondateur de la formation

En 1992, le programme d'études de formation en soins infirmiers a pour objectif l'émergence d'un professionnel apte à répondre aux besoins de santé et pouvant travailler dans tous les secteurs d'activités. Même si le terme de polyvalence n'est pas explicitement employé, les principes pédagogiques sous-jacents sont la polyvalence, l'autonomie et la responsabilisation. Le référentiel de formation précise aujourd'hui : « *la formation a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant (...) les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement de*

*nouveaux savoirs, et savent s'adapter à des situations variées*<sup>11</sup>. Cependant la polyvalence professionnelle nécessite des compétences qui doivent permettre aux professionnels de répondre qualitativement et quantitativement aux demandes. C'est pour cette raison que la polyvalence ne peut être proposée aux jeunes professionnels dont les compétences professionnelles demandent à être consolidées voire acquises. Fort de cette précision, on comprend mieux aujourd'hui le positionnement des professionnels face à l'organisation par la polyvalence. Les valeurs transmises par la formation initiale sont porteuses de cette logique organisationnelle. Les détracteurs de la polyvalence évoqueront une perturbation de l'identité professionnelle et de la dynamique d'unité au travers de la notion d'appartenance au groupe de travail. Ils iront jusqu'à éluder les principes fondamentaux du service public.

### 1.6.2 Polyvalence et identité professionnelle

L'identité professionnelle est considérée sous 2 angles : l'identité professionnelle individuelle et l'identité professionnelle collective.

L'identité professionnelle individuelle se construit tout au long de la vie. Après l'obtention de leur diplôme, les professionnels vont devoir approfondir leurs connaissances et se forger une identité professionnelle individuelle personnalisée. Chaque personne se construit selon son histoire personnelle et professionnelle par les événements qui jalonnent son parcours de vie. Ainsi, l'individu se construit en intégrant des connaissances et des expériences qui vont le faire grandir ou pas dans un environnement social constitué de règles et de valeurs. Il s'édifiera ainsi une personnalité propre, une identité qui le caractérisera dans ses choix et ses actions en adéquation avec le monde qui l'entoure. Le professionnel s'approprie ou découvre les valeurs de l'exercice et forge ainsi son identité professionnelle. L'identité professionnelle évolue avec l'expérience, la maturité et les différentes affectations influencées par l'identité professionnelle collective.

Parallèlement à cette construction individuelle se développe une appartenance à des identités collectives. C'est-à-dire l'image que nous donnons vis-à-vis d'autrui. Ces identités sociales se constituent au travers des interactions que l'individu entretient avec le système collectif tel que les institutions (le pôle et le service), le rôle social, le monde professionnel. Ces différentes confrontations avec le milieu social, dans lequel tout un chacun évolue, caractérisent l'implication des acteurs dans une action commune et constituent ainsi leur identité collective.

Ce processus de construction identitaire est dynamique et non statique. Il se modifie pour chaque individu en fonction de l'intégration de nouveaux savoirs, d'expériences tout au long de sa vie. Ces caractéristiques identitaires vont évoluer, se transformer, se bonifier ou s'effacer. C'est ce que les sociologues appellent l'identité acquise ou projetée, ce qui peut se traduire par l'identité professionnelle.

La construction de l'identité professionnelle développe chez le professionnel le sentiment d'appartenance. Appartenance à un groupe professionnel, un Établissement, un pôle, un service.

### 1.6.3 Polyvalence et notion d'appartenance

L'identité sociale s'exprime par le sentiment d'appartenance à un groupe (professionnel, culturel, ethnique, religieux...). Cette notion d'appartenance, dans le milieu professionnel, est représentée par l'obtention d'un diplôme qui signe l'appartenance à un groupe spécifique. Le diplôme matérialise le partage de normes, de valeurs, de buts collectifs, de sentiments collectifs de la reconnaissance sociale,

---

<sup>11</sup> Ministère de la Santé et des Sports. « Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier ». Journal officiel, N° 0181 du 7 août 2009. Texte N° 18. Annexe III

de la défense d'intérêts communs. R. Mucchielli va dans ce sens et il affirme : « *l'appartenance n'est pas le fait de se trouver avec ou dans le groupe puisqu'on peut s'y trouver sans le vouloir, elle implique une identification personnelle au groupe, des attaches affectives, l'adoption de ses valeurs... le sentiment de solidarité avec ceux qui en font partie* ». Le désir d'appartenance s'exprime donc chez les individus par des comportements professionnels divers comme la mobilisation, la performance, le sentiment de justice, d'implication, l'engagement.

Dans la recherche d'appartenance à un groupe, le postulant sera naturellement attiré par un leader qui va faciliter l'apprentissage professionnel, permettre la reconnaissance par le groupe et créer le sentiment d'appartenir au groupe. Cette notion est déterminante dans les parcours de professionnalisation. Le choix du leader est déterminé par ses capacités pédagogiques, son aptitude à créer des situations d'apprentissage et à stimuler la pensée réflexive. Le pouvoir bénéfique du leader facilitera l'intégration professionnelle. À l'inverse, le côté « maléfique » peut détruire tous les efforts consentis pour son intégration.

#### 1.6.4 Polyvalence et Service Public

L'institution s'inscrit dans le respect des principes fondamentaux du service public. Cette logique fait référence aux acquis républicains édités sous la révolution française et est renforcée par la loi Rolland appelée loi du service public (1938). Elle désigne un ensemble de règles communes à tout le service public et permet ainsi de préciser que l'Administration est tenue de faire fonctionner correctement le service public et de l'assurer sans interruption. Dans ce cadre, la présence de professionnel polyvalent contribue au respect des principes éthiques et légaux dont l'objectif est d'assurer la continuité des soins ainsi que la qualité de la prise en charge.

Sur un plan médico-économique, la polyvalence permet la diminution des missions de vacations ou d'intérim et contribue à l'équilibre budgétaire.

#### 1.6.5 Polyvalence et coordonnateur général de soins

La direction des soins est le garant de la continuité, de la qualité des soins et du parcours patient. La polyvalence est l'outil managérial de référence pour atteindre ces objectifs, encourager la mobilité et la mutualisation du personnel par sa polyvalence. Le positionnement de la direction des soins s'appuie sur la loi de Pareto 80 % de l'exercice est commun à tous les services et seulement 20 % sont liés à une spécificité cette proportionnalité mathématique ne prend pas en considération des éléments environnementaux et organisationnels. C'est sur ces points que les divergences émergent. Les nouveaux dispositifs mis en place comme la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ont laissé la place à des concepts de management, qui encouragent la polyvalence dans l'objectif de développer les compétences et la professionnalisation. Si les idées sont convergentes, les méthodologies restent divergentes entre accompagnements, formations et immersions sans autre formalité.

La mutualisation, la coopération, la collaboration, la mobilité sont des modes d'organisation du travail alors que la polyvalence relève de la forme appliquée du travail. Ils ont tous en commun la compétence.

## 1.7 LA COMPÉTENCE

Le concept de compétence est apparu dans la littérature managériale de façon plus prégnante depuis une vingtaine d'années. Les gestionnaires des ressources humaines se sont saisis de celui-ci pour déterminer les aptitudes à exercer une fonction.

Dans un contexte professionnel, la compétence est définie comme les savoirs être et faire. Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière la définit de la façon suivante : *« il s'agit de l'expression de la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances et des comportements. Elle est inséparable de l'action et ne peut être appréhendée qu'au travers de l'activité. Elle est liée aux situations professionnelles dans lesquelles elles sont mises en œuvre et ne peut se définir qu'au travers de celles-ci. Il en existe d'autres. »*

### 1.7.1 Le concept de compétence selon Guy Le Boterf

Guy le Boterf, professeur associé à l'université de Sherbrooke (Canada), expert en gestion du développement des compétences et des parcours de professionnalisation propose une autre définition :

*« La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs dans une situation et dans un contexte »*

*« Il faut un concept qui rend compte de la double dimension individuelle et collective de la compétence ».*

*« Les compétences se réfèrent toujours à des personnes. Il n'existe pas de compétence sans individus. Les compétences réelles sont des constructions singulières et spécifiques à chacun. »*

Cette définition s'est précisée au cours des dernières années grâce à la science de l'ergonomie du travail et de ses réalités. L'apparition des notions de travail prescrit et de travail réel (écart entre le travail demandé et ce qu'il a demandé de travail) ont fait émerger une nouvelle définition de la compétence sur la façon de faire et d'agir. Les analyses de situations de travail traduisent la nécessité pour le technicien de pouvoir se référer aux normes et règles de son milieu professionnel pour construire avec sécurité et pertinence sa compétence.

Dans les collectifs de travail comme dans les services de soins, les professionnels cumulent les expériences et élaborent leurs propres règles du métier qui en définissent les contours. Elles sont encore appelées les règles de l'art. Ces règles tiennent compte de l'éthique professionnelle, propre au domaine de l'exercice, des demandes spécifiques du destinataire et des ressources.

La compétence est donc considérée comme le résultat d'une construction individuelle et collective, d'un engagement personnel pour la production d'une action, grâce à la combinaison de savoir, de pouvoir et vouloir agir.

La production, d'une action de compétence, relève d'une responsabilité partagée entre le professionnel, le management, le contexte de travail (organisation du travail, conditions de travail, moyens, dispositifs de formation). En conclusion, une personne qui agit avec compétence combine et mobilise un ensemble de ressources. Elle gère un ensemble de situations professionnelles dotées de critères de réalisation de l'activité, et produit des résultats associés à des critères de performances établis.

G. Le Boterf fait ainsi référence à La Rochefoucauld qui disait : *« on ne juge pas un homme sur ses qualités, mais sur l'usage qu'il sait en faire ».*

### 1.7.2 Le concept de compétence selon P Zarifian

P Zarifian (sociologue Français professeur à l'université de Paris Est Marne La Vallée) définit quant à lui la compétence comme *« une attitude sociale de prise d'initiative et de responsabilité, une*

*approche cognitive, car elle est l'expression d'une intelligence pratique une existence collective, car pluri professionnelle et pluri expertise ».*

Cette conception de la compétence tient compte des mutations du travail contemporain intégrant, comme le fait le Boterf, les notions d'évènement, de compétence collective, de communication, de service et de mutation des organisations.

### 1.7.3 Concept de compétences selon les professionnels de santé

Monique Pengam, cadre supérieur de santé, et Corinne Sliwka, directeur des soins ont toutes les deux eu une expérience professionnelle de formateur et manager d'équipes soignantes. Elles sont auteurs du livre « *changement de poste, changement de fonction* » les compétences des cadres de santé à l'épreuve de la mobilité et définissent le concept de la compétence comme : « *une capacité d'action sur le monde et sur soi qui émerge de la rencontre d'un individu et d'un contexte particulier. Les compétences désignent des capacités à mobiliser des habiletés dans des situations variées* ». Ce qui rejoint la pensée de Sandra Bellier<sup>12</sup> qui définit la compétence comme « *la capacité d'agir ou de résoudre des problèmes professionnels de manières satisfaisantes dans un contexte particulier, en mobilisant les diverses capacités de manière intégrée* »

Gérard Malglaive<sup>13</sup> modélise la compétence, la définit comme une articulation entre des « savoirs formalisés » (connaissances théoriques, savoirs procéduraux, protocoles et procédures) et « des savoirs de l'action » (expérience professionnelle, savoirs faire, automatismes et habileté) pour réaliser une activité.

La compétence nécessite donc une dynamique d'apprentissage et de montée en charge dans les prises d'initiative et de responsabilité. Elle induit un sentiment d'efficacité.

## 1.8 LE SENTIMENT D'EFFICACITÉ

Le sentiment d'efficacité est au cœur du développement de compétences et de professionnalisation. Il se définit selon deux modes : la perception personnelle et collective. Il est issu de quatre sources d'information : les expériences actives de la maîtrise, l'apprentissage social, la persuasion par autrui et l'état physiologique et émotionnel.

### 1.8.1 La maîtrise

La réussite est le principal indicateur de capacité et augmente la perception de ses capacités. Ce succès est un des facteurs de construction du sentiment d'efficacité personnelle.

### 1.8.2 L'apprentissage social

L'observation de l'autre dans l'exercice de son art ou dans l'évolution de sa vie permet à l'observateur d'évaluer sa capacité, en référence à un modèle. Le sentiment d'efficacité est d'autant plus fort lorsque le sujet peut se comparer à un sujet identique (exemple : les étudiants en soins infirmiers de même niveau d'apprentissage sur un même service).

---

<sup>12</sup>Sandra Bellier: « Compétences en action » liaisons édition 2000

<sup>13</sup>Gérard Malglaive « Enseigner à des adultes » Collection Éducation et formation. Édition PUF. Mars 2005

### 1.8.3 La persuasion par autrui

Le sentiment d'efficacité d'un individu est fortement impacté par le regard de l'autre, son langage corporel, le caractère positif de son langage. Enfin et surtout si les autres individus expriment clairement leur confiance dans ses capacités.

### 1.8.4 L'état physiologique et émotionnel

L'évaluation des capacités est influencée par l'état psychologique du sujet. La fatigue, le stress, la maladie affectent l'état psychologique et affaiblissent le curseur d'évaluation de satisfaction.

### 1.8.5 L'interaction entre les croyances d'efficacité et la réceptivité de l'environnement

L'efficacité personnelle n'est pas qu'individualiste, elle est influencée par une source collective. En effet dans le monde professionnel de la santé, le collectif (groupe d'appartenance d'une même unité) exerce une influence sur le sentiment d'efficacité de l'individu par le jugement qu'il porte sur le travail effectué. La réaction individuelle sera proportionnelle à la réaction de l'environnement.

Le sentiment d'efficacité joue un rôle essentiel dans l'épanouissement individuel social ou professionnel. Il sera d'autant plus fort si un ensemble de dispositifs est mis en place pour l'acquisition des compétences par un parcours de professionnalisation. Ce parcours permet de modeler les apprentissages selon des niveaux de compétences à atteindre. Les compétences acquises sont améliorées et adaptées en fonction des situations. Cette période de perfectionnement est nécessaire pour permettre le transfert des savoirs et passer d'un statut de professionnalisation à professionnel.

Si l'on tient compte de l'ensemble de ces données, nous pouvons déduire que la polyvalence professionnelle doit être organisée comme un parcours de professionnalisation, adaptée au niveau professionnel pour développer des compétences cognitives, environnementales, et sensibles.

## 1.9 LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES MÉTIERS ET DES COMPÉTENCES

Au cœur des organisations, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences permet d'assurer une continuité de la qualité de la sécurité des soins, grâce à une anticipation des besoins par un recrutement adapté. Déclinée au niveau des unités, elle recense les compétences. Le manager les affecte en fonction des besoins, pour optimiser les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers et contribue ainsi à l'équilibre budgétaire du pôle.

## 2 LE PROJET AU CŒUR DE L'INSTITUTION

Il n'y a pas de projet sans une analyse de situation préalable. Il paraît donc indispensable d'évoquer le contexte général dans lequel évolue l'institution (juridique, géographique, démographique, socio-économique, politique) de discerner ces atouts et ces faiblesses pour orienter son avenir. Dans ce contexte général, les pôles structurent leurs organisations dans l'objectif de pérenniser leur activité, de tendre vers un équilibre économique, et d'assurer une prise en charge de qualité.



## 2.1 LE GROUPE HOSPITALIER CARNELLE PORTES DE L'OISE (GHCP) : UN HÔPITAL QUI LUTTE POUR SUBSISTER.

### 2.1.1 Le contexte juridique

Le groupe est issu de 2 fusions. La première, réalisée en 2000, entre l'hôpital de Méru « Albert Degrémont » et l'hôpital de Beaumont-sur-Oise « Jacques Fritschi » a donné vie au Centre Hospitalier Intercommunal des Portes de l'Oise (CHIPO). Les 2 sites sont distants de 19 km et établis sur 2 régions (Picardie et Ile de France). La deuxième, en date du 1<sup>er</sup> janvier 2015, est le résultat d'un Groupement Sanitaire de Coopération (GCS) par des partenariats entre différents services.

Cette construction juridique dans le contexte environnemental du GHCP est une opportunité pour le maintien de ses activités. D'autres coopérations, ont été mises en place, au sein de l'institution, ainsi la radiologie fait l'objet d'un groupement d'intérêt économique GIE avec la clinique « Conti ». Ce montage juridico-économique a permis d'obtenir les autorisations nécessaires à l'acquisition d'une IRM et d'un scanner.

### 2.1.2 Le contexte géographique

Le GHCP possède une situation géographique stratégique et draine une zone d'attractivité à cheval entre l'ouest du Val d'Oise et le sud-ouest de l'Oise. Il garantit l'accessibilité à une offre de soins de proximité, d'autant que la situation économique de la région Ile de France, dont fait partie notre secteur, est caractérisée par de fortes inégalités sociales qui s'expriment par un recours aux soins tournés vers le secteur public.

Cette particularité géographique place le GHCP sous la gestion de deux organismes de tutelles : les Agences Régionales Sanitaires d'Ile de France et de Picardie. Une organisation tutélaire bicéphale qui implique des stratégies particulières de projet l'établissement.



### 2.1.3 Le contexte socio-économique

La région Ile de France se caractérise par des inégalités très marquées, au plan économique et social. Le Val d'Oise présente une situation souvent proche de la moyenne francilienne, mais il en résulte de très nettes inégalités territoriales. La Plaine de France reste le territoire où se concentrent le plus fortement les difficultés sociales. La situation la plus favorable des autres territoires n'empêche pas l'existence de pôles de plus grandes concentrations avec des situations de pauvreté et de

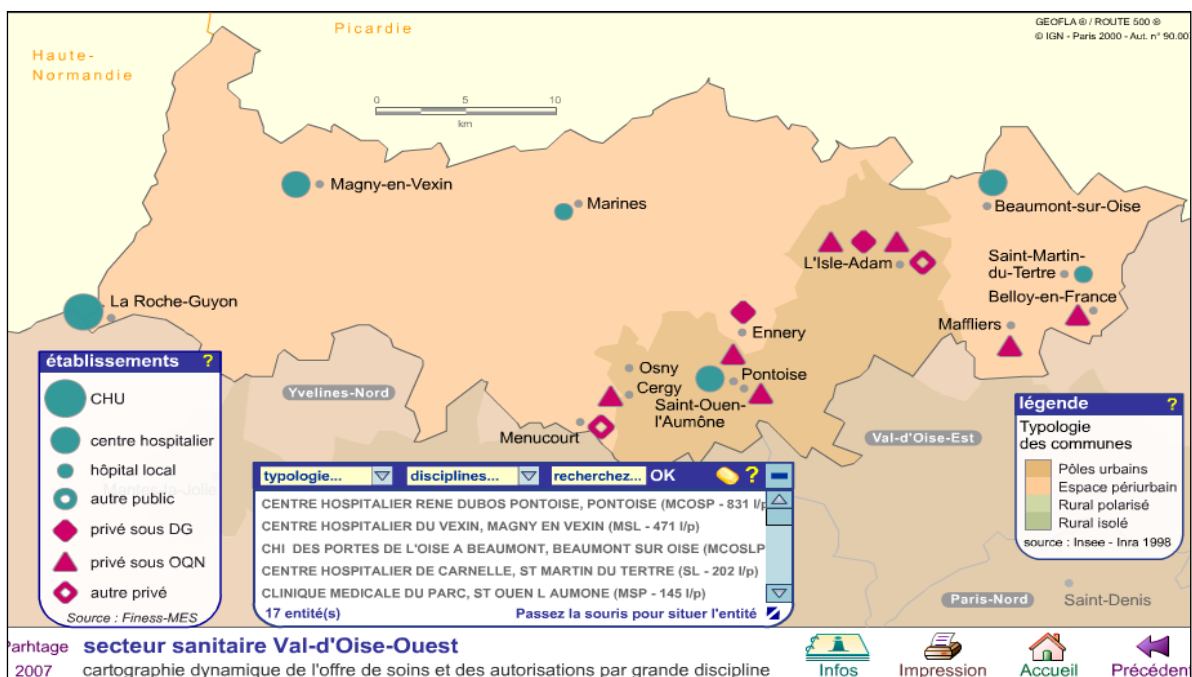
précarité. L'agglomération de Persan-Beaumont fait partie de l'un de ces pôles où les indicateurs de précarités et de pauvretés sont présents.

### 2.1.4 Le contexte politique : l'organisation sanitaire

Depuis le dernier schéma régional d'organisation des soins (SROS), la situation de l'offre hospitalière dans le Val-d'Oise s'est consolidée. Le département compte 8 structures publiques, 7 Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC), 21 structures privées commerciales réparties sur 3 bassins territoriaux pour 1,204 M d'habitants environ.

Au total, le département dispose d'une offre globalement dense, de plateaux techniques complets, pour certains récemment rénovés, dont celui du GHCP. Cette offre territoriale est complétée par celle du territoire de santé de l'Oise Ouest avec des établissements proches comme Senlis, Beauvais et Creil dont il faut tenir compte du rayonnement sur notre bassin de vie.

La répartition de l'offre sanitaire dans le val d'Oise selon les différentes spécialités donne une photographie des possibilités de recours aux soins. La position stratégique de l'établissement lui confère un rôle de poste avancé sur le territoire de l'Oise et du Val d'Oise en matière de recours aux soins pour la population



### 2.1.5 Le contexte démographique

La situation de la démographie médicale devient une préoccupation majeure. 30 % des omnipraticiens et spécialistes exerçants dans le Val-d'Oise ont plus de 55 ans et d'ores et déjà la permanence des soins est insuffisante sur certaines zones. Les médecins de plus de 60 ans représentent 27,4 % de la population médicale alors que la tranche d'âge des moins de 40 ans représente 14 % de l'ensemble des actifs réguliers. Soit pour le Val d'Oise une moyenne d'âge de 53 ans, dont 10 % de moins de 40 ans et 24 % de plus de 60 ans.

## 2.1.6 Quel avenir pour le GHCP0 : les forces, les faiblesses, les menaces !

Le contexte général dans lequel évolue le groupe hospitalier laisse profiler de réelles menaces. Ce tableau met en valeur les forces et les faiblesses de l'établissement dont il faudra pendre compte, pour solidifier son avenir.

INDICATEURS	FORCES	FAIBLESSES	MENACES
Géolocalisation	Sa situation géographique délocalisée à la frontière de la Picardie et du val d'Oise. Infrastructure routière présente.	Région mal desservie par les transports en commun.	Développement des structures de secteurs privés
Démographique local  médicale	Population en forte progression particulièrement sur le site de Beaumont sur Oise et Persan.	Démographie médicale en danger avec des départs à la retraite sur des spécialités où le recrutement est problématique (radiologue, anesthésiste)	Perte de spécialité par absence de professionnels Une absence de recrutement par absence de candidature liée à l'attractivité du poste en terme financier et intellectuel. Un regroupement de l'activité sur l'hôpital de référence et/ou la mise en place d'une télétransmission, par le biais du projet région sans film.
Économique	Une augmentation du volume de la population. Un potentiel d'augmentation d'activité	Population précaire, fréquentation de l'hôpital par nécessité plus que par choix. Fidélisation de la patientèle aléatoire	Perte d'activité si l'attractivité de l'hôpital n'est pas renforcée auprès de la population.
Organisation nationale	2 agences régionales de santé	Opposition d'orientation 2 SROS	Gel de projet par des objectifs non partagés
Organisation juridique	La GHT apporte une structuration du flux patient et une	Une mise en concurrence de deux sites.	À terme si pas de projet d'ancrage de la réanimation du GHCP0

	<p>organisation de la filière de soins sur le secteur public. Une organisation sanitaire commune, le développement de l'attractivité et de l'activité.</p> <p>Le GCS : Groupement au sein même de la CHT pour une organisation harmonisée, une fidélisation des professionnels par la diversité des pathologies, une harmonisation des pratiques.</p> <p>Le GIE : Groupement d'intérêt économique, facilite le renouvellement de matériel coûteux sur le service de radiologie</p>		<p>par un service de rééducation post réanimation risque de transfert de l'activité sur Pontoise avec un développement de l'activité de soins continus. Précarité des activités dépendantes (maternité, UMC)</p> <p>Attribution d'une IRM sur le secteur privé avec un risque accru d'un départ d'activité vers ce secteur.</p>
L'offre sanitaire	Hôpital de proximité pour une population avec un indicateur de précarité élevé.	Un manque de spécialité pour le GHCPO. Orientation des patients vers une structure publique ou privée.	Développement d'activité par les structures privées sur des spécialités déjà menacées comme la chirurgie viscérale et orthopédique.

### 2.1.7 Organisation et analyse structurelle du GHCPO : les pôles d'activité

Depuis la loi HPST, les hôpitaux sont organisés en pôle d'activité. La création de la CHT, la fusion avec le centre hospitalier de Carnelle engagent une réflexion pour l'élaboration du projet d'Établissement commun dans le cadre de la GHT avec une recomposition des organisations des établissements membres.

Le Groupe Hospitalier Carnelle Portes de l'Oise est organisé en 7 pôles d'activités cliniques et médico-techniques :

- ✓ Pôle Gériatrique (filière sanitaire et médico-sociale)
- ✓ Pôle Médico-Technique
- ✓ Pôle Médecine d'Urgence et Réanimation (M.U.R.)
- ✓ Pôle d'Activité Médicale et Médico-Techniques Transversales (A.M.T.)
- ✓ Pôle Soins de Suite et Réadaptation spécialités (intégrant le bloc et l'anesthésie)
- ✓ Pôle Femmes/Enfants
- ✓ Pôle Santé Mentale et Addictologie :

Les organisations de l'Établissement sont perfectibles. Pour les améliorer et orienter les choix stratégiques de l'Établissement, une analyse de l'existant est nécessaire pour déterminer les forces et les faiblesses. Cette analyse de l'Établissement a été commandée par l'ARS en 2014 lors de la participation au projet d'amélioration des flux. Il en résulte les points suivants :

INDICATEURS	FORCES	FAIBLESSES	MENACES
Chirurgie		La spécialité chirurgicale est insuffisamment développée et subit une forte concurrence de la clinique de secteur.	
Médecine	L'activité de médecine est une activité de proximité le vieillissement de la population se traduit par un flux de patients régulier et un recours à l'hospitalisation.	Un recrutement à 68 % par les urgences Pas ou peu d'hospitalisations directes Manque de lien entre les professionnels libéraux et hospitaliers	Nouvelle organisation sanitaire sur le territoire avec une anticipation des besoins nécessitera une organisation des services vers une hospitalisation programmée.
Gynéco obstétrique	Une maternité de niveau IIA avec les infrastructures requises : réanimation néonatale, dépôt de sang et réanimation adulte.  Un potentiel de développement sur le secteur de Méru et de Saint-Martin du tertre où la population est en âge de procréation. Une organisation de consultation sur les deux secteurs. Une augmentation de la démographie locale avec une tranche d'âge jeune. Une structure organisée en recrudescence d'activité.	Forte concurrence de la clinique de secteur qui réduit le potentiel l'activité.	Une perte des autorisations de fonctionnement liée au nombre d'accouchement.
UMC SMUR (Urgences)	Équipe de SMUR sur le site qui prend activement part aux	Une activité liée à une défection de la	

Médico- Chirurgicales)	missions de secours d'urgence sur le secteur et hors secteur. Une augmentation régulière de l'activité. Un taux de satisfaction en augmentation avec une diminution des plaintes.	permanence des soins de ville.	
---------------------------	---	--------------------------------	--

## 2.2 LE PÔLE MÉDECINE D'URGENCES RÉANIMATION

Il se décline de la façon suivante

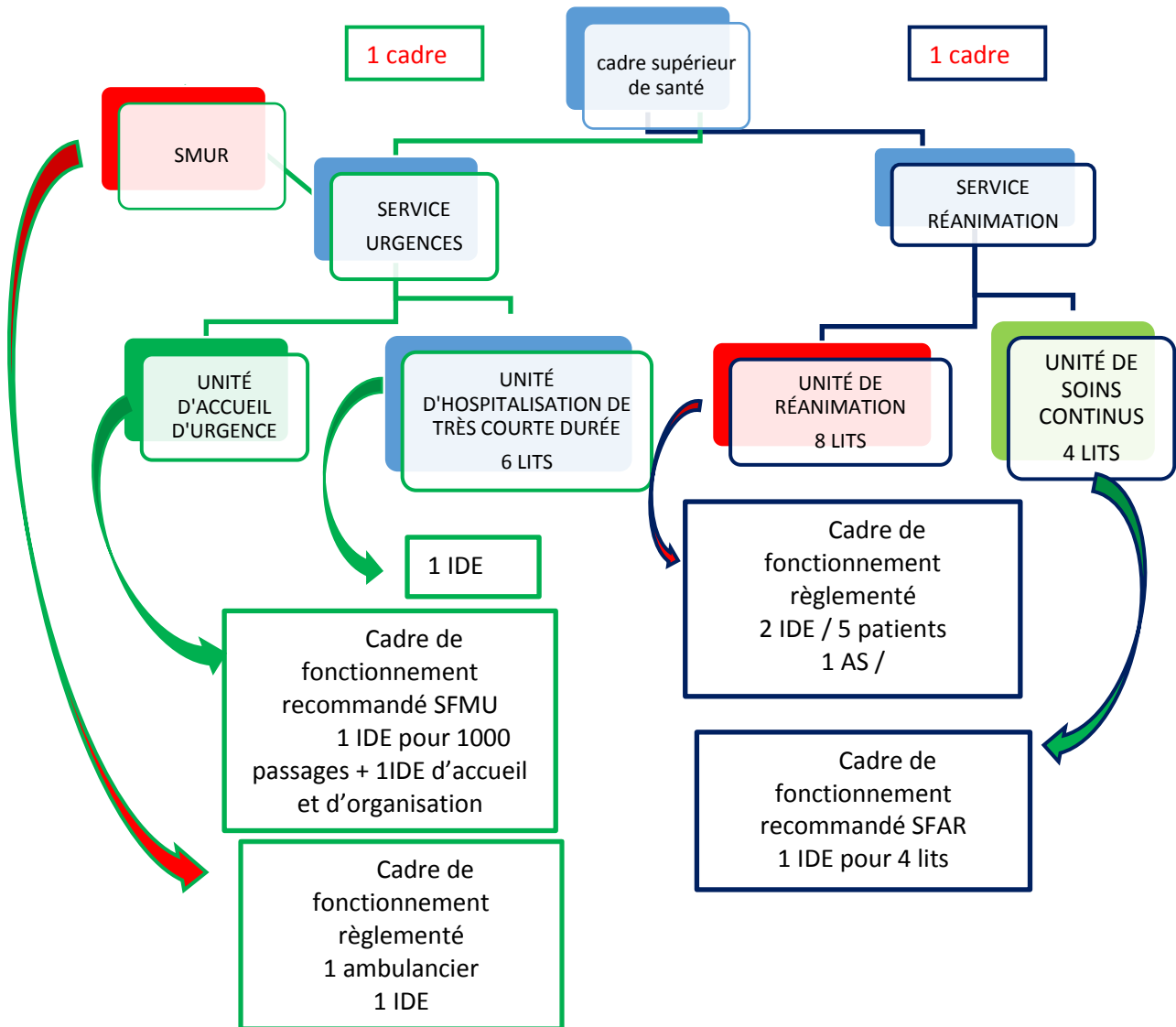
- ✓ Un service d'accueil d'urgence et d'une unité de 6 lits d'hospitalisation de très courte durée. Le fonctionnement de ce dernier est cadré par la « circulaire frontière »<sup>14</sup>,
- ✓ Une unité de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR),
- ✓ Un service de Réanimation de 8 lits et 4 lits de Soins Continus (fermeture saisonnière)

La représentation cartographique du pôle nous délivre des informations sur sa constitution structurelle et législative. L'organisation fonctionnelle des urgences est cadrée par des textes qui stipulent que l'organisation de l'activité de soins est proportionnelle au nombre de passages et s'organise sous différentes modalités : décret 2006-577 du 22 mai 2006 du code de la santé publique, mais aussi des recommandations des sociétés savantes. Le cadre de fonctionnement de la Réanimation Soins Continus est soumis à réglementation dans le cadre du Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 du code de la santé publique.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> N° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 qui fixe les modalités de prise en charge en UHCD par l'arrêté du 19 février 2009

<sup>15</sup> Décret N° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue.

Figure 1 : cartographie du pôle Urgence Réanimation SMUR



LÉGENDE			
<span style="border: 1px solid green; padding: 2px;"> </span>	Service des Urgences	<span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;"> </span>	Service de Réanimation Soins Continus
<span style="color: red;">➔</span>	Cadre de fonctionnement réglementé	<span style="color: green;">➔</span>	Cadre de fonctionnement recommandé

### 3 L'ACTIVITÉ : ÉPICENTRE DE L'ORGANISATION

La polyvalence est déjà installée dans le fonctionnement des services. Ainsi la réanimation et les soins continus forment une seule et même équipe. Il en est de même pour les urgences, les professionnels assurent les postes sur différentes spécialités : Médecine, Chirurgie, Pédiatrie et SMUR. Si cette polyvalence est naturelle dans les unités, elle n'existe pas dans le pôle. Ce qui affecte la gestion globale des ressources humaines lorsque l'activité n'est pas au rendez-vous.

#### 3.1 LES FLUX D'ACTIVITÉ SUR LE PÔLE

Au travers de l'étude de l'activité des services qui composent le pôle, nous avons mis en place une organisation qui s'appuie sur des constatations factuelles et différenciées entre le service des urgences et de la réanimation.

Tableau 1 : Activité mensuelle de l'unité de Réanimation

2014 RÉANIMATION	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Somme de Nbre ENTRÉE	31	26	22	27	21	30	39	28	30	25	22	30

Tableau 2 : Activité mensuelle de l'unité des Soins Continus

2014 SOINS CONTINUS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Somme de Nbre ENTRÉE	20	15	14	10	10	05	01	07	11	11	15	14

Tableau 3 : Activité mensuelle des Urgences Médico-Chirurgicales et Pédiatriques

2014	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nbre Passages	2409	2112	2370	2348	2309	2327	2239	2038	2419	2432	2227	2282
PÉDIATRIE	436	399	414	373	486	620	376	258	373	483	702	941
total	2845	2511	2784	2721	2795	2947	2615	2296	2792	2915	2929	3223

Ces tableaux de bord démontrent que l'activité varie au cours de l'année. En réponse à ces variations, une organisation saisonnière a été mise en place. Elle s'exprime pour la réanimation par une fermeture de l'unité de soins continus sur les vacances de printemps (15 jours) et 31 jours au mois d'août.

Au contraire, les urgences connaissent une recrudescence de l'activité sur la période hivernale plus marquée à partir d'octobre. Pour répondre à cette variation, une organisation sous la forme d'un renfort professionnel est instaurée d'octobre à avril de jour comme de nuit.

Les ressources humaines sont alors organisées en fonction de l'activité.



## 3.2 ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES

### 3.2.1 La Réanimation

Le cadre de fonctionnement est règlementé par 2 IDE pour 5 patients

#### CADRE DE FONCTIONNEMENT À L'ACTIVITÉ EN RÉANIMATION

Tableau 4 : Cadre de fonctionnement normalisé des unités de Réanimation et Soins Continus

		SEMAINE du lundi au dimanche				EFFECTIF MINI			
Fonction		Matin	Journée	Après-midi	Nuit	Matin	Journée	Après-midi	Nuit
8 LITS RÉA 4 LITS USC	Cadre		1				0		
	IDE		4 en 12 h		4 en 12 h		4 en 12 h		3 ou 4 en 12 h
	AS		2 en 12 h		2 en 12 h		1 ou 2 en 12 h		2 ou 1 en 12 h

Le cadre de fonctionnement des aides-soignants ne suffit pas à couvrir les besoins du service compte tenu de la charge de travail en soins dont la portion de la charge de travail, la plus intense, s'effectue entre 7 h et 11 h (soins d'hygiène)

#### CADRE DE « SAISONNALISATION » DU 15 JUILLET AU 31 AOÛT ET 2 SEMAINES SUR LES VACANCES DE PRINTEMPS

Tableau 5 : Cadre de fonctionnement saisonnalisé

		SEMAINE du lundi au dimanche				EFFECTIF MINI			
Fonction		Matin	Journée	Après-midi	Nuit	Matin	Journée	Après-midi	Nuit
8 LITS RÉA 0 USC	IDE		3 en 12 h		3 en 12 h		3 en 12 h		3 en 12 h
	AS		2 en 12 h		2 en 12 h		1 en 12 h		1 en 12 h

#### CADRE DE FONCTIONNEMENT À L'ACTIVITÉ

Tableau 6 : Cadre de fonctionnement normalisé sur saisonnalité

		SEMAINE du lundi au dimanche				EFFECTIF MINI			
Fonction		Matin	Journée	Après-midi	Nuit	Matin	Journée	Après-midi	Nuit
5 LITS RÉA 0 USC	IDE		2 en 12 h		2 en 12 h		2 en 12 h		2 en 12 h
	AS		1 en 12 h		1 en 12 h		1 en 12 h		1 en 12 h

Tableau 7 : Cadre de fonctionnement selon la typologie des patients sur la saisonnalité

		SEMAINE du lundi au dimanche				EFFECTIF MINI			
5 LITS RÉA 4 USC	Fonction	Matin	Journée	Après-midi	Nuit	Matin	Journée	Après-midi	Nuit
	IDE		3 en 12 h		3 en 12 h		3 en 12 h		3 en 12 h
	AS		2 en 12 h		1 en 12 h		1 en 12 h		1 en 12 h

### 3.2.2 Les Urgences

Les urgences sont composées de 2 équipes identifiées : Le SMUR et les UMC (urgences et UHCD). Les tableaux exposent une organisation distincte pour le SMUR, mais l'organisation mise en place est mutualisée avec les urgences. La polyvalence des professionnels est indispensable au maintien des compétences. Les professionnels paramédicaux du SMUR participent, activement, à la vie du service des urgences et intègrent le service dès que le rythme des interventions (sortie, vérification du matériel et débriefing) du SMUR le permet.

Tableau 8 : cadre de fonctionnement du SMUR

		Du lundi au dimanche 7 h/19 h - 19 h/7 h				EFFECTIF MINI			
SMUR	Fonction	Matin	Journée	Après-midi	Nuit	Matin	Journée	Après-midi	Nuit
	Cadre		1 mutualisé				0		
	IDE		1 en 12 h		1 en 12 h		1 en 12 h		1 en 12 h
	Ambulancier		1 en 12 h		1 en 12 h		1 en 12 h		1 en 12 h

Le Fonctionnement des urgences et de l'unité d'hospitalisation est mutualisé.

Tableau 9 : Cadre de fonctionnement des UMC

		SEMAINE du lundi au dimanche				EFFECTIF MINI			
URGENCES Nombre de lits 6 HTCD	Fonction	Matin	Journée	Après-midi	Nuit	Matin	Journée	Après-midi	Nuit
	Cadre		1 mutualisé				0		
	IDE		4 en 12 h*		3 en 12 h		4 en 12 h		3 en 12 h
	AS		2 en 12 h		2 ou 1		1 en 12 h		2 ou 1**
	Brancardier		1 en 12 h		0 ou 1		1 en 12 h		0 ou 1**

Tableau 10 : Cadre de fonctionnement saisonnalisé des UMC

URGENCES Nombre de lits 6 HTCD	Fonction	SEMAINE du lundi au dimanche				EFFECTIF MINI			
		Matin	Journée	Après-midi	Nuit	Matin	Journée	Après-midi	Nuit
	Cadre		1 mutualisé				0		
	IDE		4 en 12 h 1 en 9 h sur 4 jours)*		3 en 12 h 1 en 12 h 7j/7j*		4 en 12 h		3 en 12
	AS		2 en 12 h		2 ou 1 *		2 en 12 h		2 ou 1 en 12 h
	Brancardier		1 en 12 h		0 ou 1*		1 en 12 h		0 ou 1 en 12 h

\*Renfort professionnel

### 3.3 ÉTUDE MACROSCOPIQUE DE L'ACTIVITÉ

#### 3.3.1 Les Urgences Médico-Chirurgicales

Tableau 11 : Répartition journalière moyenne de l'activité aux UMC

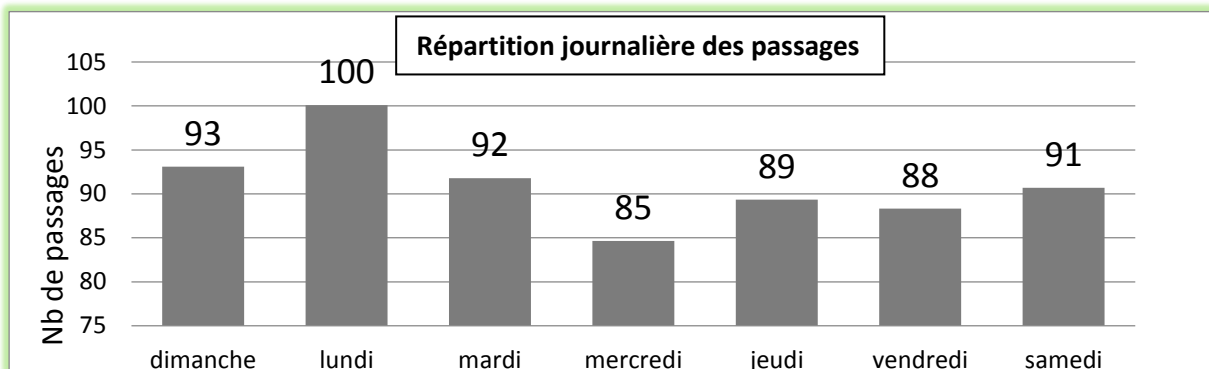
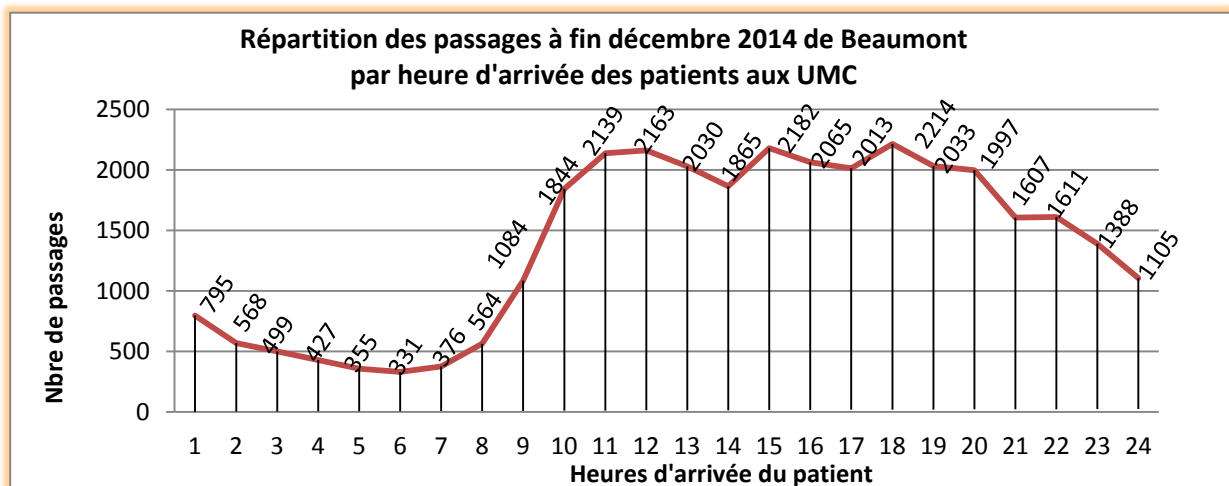


Tableau 12 : Moyenne d'activité horaire aux UMC



Ces deux tableaux démontrent que l'activité des urgences subit des fluctuations en fonction du jour et de l'heure, ainsi qu'une montée en charge du nombre de passages horaire particulièrement intéressante, alors que la présence en ressources humaines est constante.

### 3.3.2 La Réanimation et les Soins Continus

Comme les urgences, l'activité de la réanimation subit des fluctuations qui ne sont pas seulement liées à la « saisonnalité ». En effet, l'activité est assujettie aux modes de recrutement des patients. Ce recrutement est réalisé à 39 % par les urgences et seulement 7 % par les mutations des autres services de l'hôpital.

Tableau 13 : provenance patient Réanimation

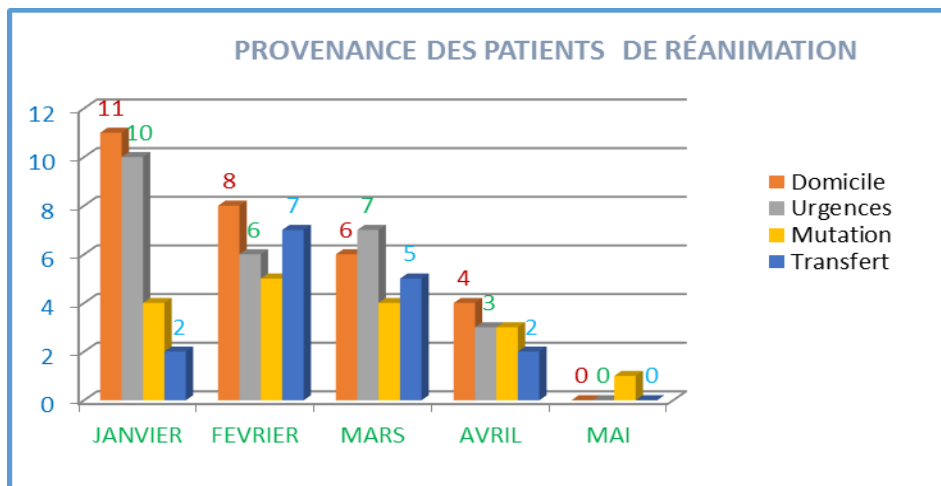
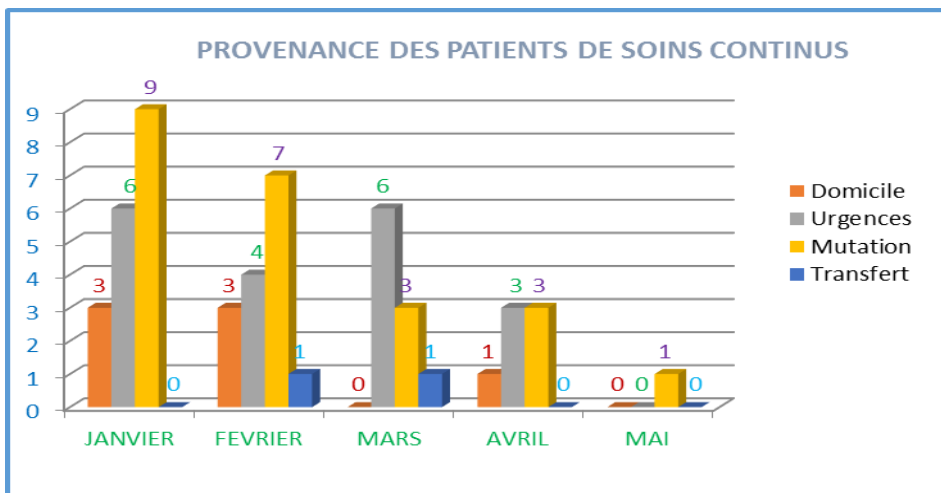


Tableau 14 : Provenance patient Unité de soins continus



Le manque de recrutement interne s'explique par une activité chirurgicale peu dynamique, une concurrence réelle sur les spécialités exercées. Les 55 % restants sont des patients adressés par le SMUR et les autres établissements de la région. L'étude des flux, sur la région, prouve que le service de réanimation local n'est sollicité que lorsque les réanimations de la région ne peuvent plus accueillir de patients. Ce que nous appelons un recrutement par déversement. Cette organisation constitue une vulnérabilité pour le maintien du service sur le territoire.

Dans le cadre de la formation une étude de l'activité a été réalisée sur le premier trimestre 2015 afin de valider ECU 2 : pilotage de l'activité et des ressources humaines<sup>16</sup> qui nous apporte les éléments suivants :

Tableau 15 : Activité mensuelle de Réanimation 1er trimestre 2015

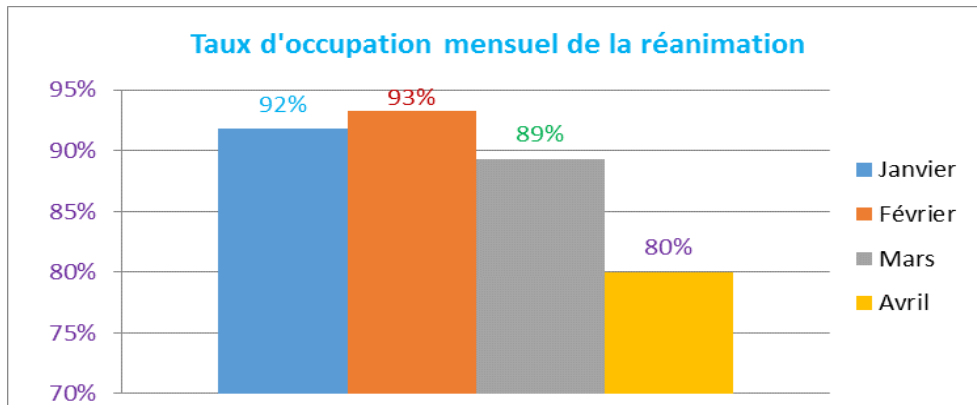
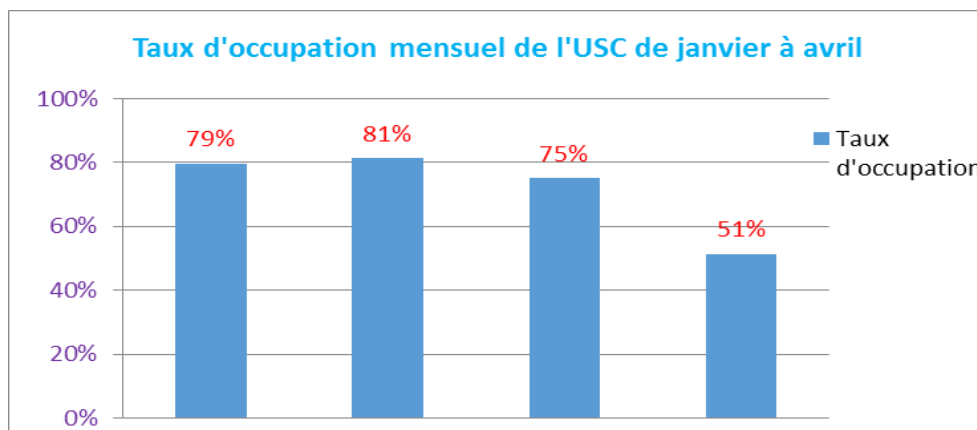
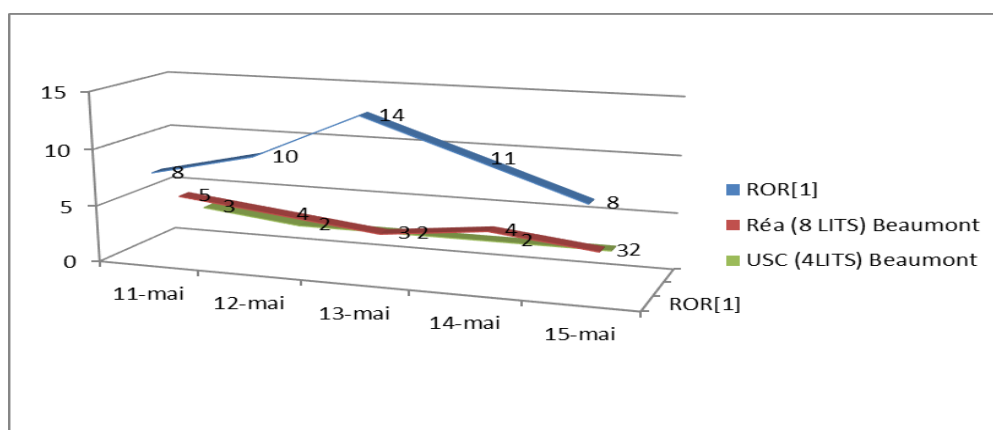


Tableau 16 : Taux d'occupation des lits 1er trimestre 2015 en USC



<sup>16</sup> Annexe 1 : Pilotage de l'activité et des ressources humaines ? Focus typologie patients

Tableau 17 : Courbes comparatives lits vacants



Le tableau d'activité journalier donne une représentation précise de l'activité de réanimation et de l'activité régionale par consultation de la plateforme ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources). Cette étude nous permet d'établir un comparatif entre les besoins nécessaires en ressources humaines et le nombre de professionnels présents sur le site.

Si je m'appuie sur la théorie de la prise en charge des patients : « le patient au bon endroit, au bon moment », la transpose aux professionnels « le bon professionnel, au bon endroit au bon moment » le résultat est la polyvalence.

L'observation des données nous permet de conclure que la répartition des ressources n'est pas en adéquation avec la charge de travail journalière. L'utilisation efficace des ressources est aujourd'hui incontournable dans le cadre d'une gestion économique contrainte. Dans cette logique, je dois amener les professionnels de service à adhérer au projet de la polyvalence par la mutation d'une logique de service, vers une logique de pôle et de compétence.

### 3.4 DÉMARCHE STRATÉGIQUE

Il s'agit de donner au projet des fondations solides et étayées qui vont nous permettre de le construire.

En tant que cadre coordonnateur responsable du projet, j'ai choisi les orientations stratégiques suivantes pour conduire ma réflexion :

- ✓ Les éléments du contexte local,
- ✓ Le développement des compétences individuelles et collectives,
- ✓ L'implication du groupe-cadre dans le projet,
- ✓ La professionnalisation qui inclut les projets individuels, l'évolution professionnelle, la construction d'une identité professionnelle,
- ✓ Le projet d'établissement dans sa dimension financière et sociale,
- ✓ dans une démarche participative « la réussite d'un projet est liée à la mise en œuvre d'une méthodologie de gestion de projet, par une participation coordonnée des acteurs »,<sup>17</sup>
- ✓ La culture des services,
- ✓ Une approche par une situation de travail représentative.

<sup>17</sup> Rapport « nouvelles organisation et architectures hospitalières » DHOS 2009 p30

### 3.4.1 Les enjeux de la démarche

Pour aborder les enjeux de la démarche, il est important de pouvoir évoquer la dimension d'une organisation. JP Dumond évoque dans son recueil sur les organisations de santé 3 dimensions : culturelle, politique et fonctionnelle « *ces trois dimensions s'étayent l'une l'autre et donne du sens et naissance à l'organisation.*<sup>18</sup> ».

#### 3.4.1.1 Les enjeux politiques

L'hôpital fait partie d'une CHT qui propose des services d'urgence et de réanimation sur le centre hospitalier de Pontoise. La capacité d'accueil de cet hôpital est supérieure à celle de Beaumont. Si la situation géographique des urgences ne remet pas en cause l'existence du SMUR et des urgences, il n'en est pas de même pour la réanimation. Le secteur géographique de la réanimation est couvert par d'autres services. L'activité de celle-ci est assujettie à l'activité régionale. Sa capacité en lit est réduite au minimum. Son attractivité pour les professionnels médicaux est liée à l'existence de la réanimation de Pontoise, par le biais de temps partagés. Autant de conditions qui fragilisent la structure. Il est donc nécessaire de prouver la mise en place d'une organisation optimisée, au niveau des ressources humaines, pour ne pas subir un transfert d'activité.

#### 3.4.1.2 Les enjeux culturels

Elle s'articule autour des pratiques sociales les valeurs et les coutumes ; dans le cadre de la polyvalence, la dimension culturelle est propre à chaque service ou se développent des relations professionnelles et personnelles qui lient les professionnels entre eux. L'objectif est d'élargir cette dimension au pôle et faciliter la circulation des professionnels par un partage de valeurs communes. C'est autour des échanges professionnels qu'elles se transmettront par une transmission de savoir

#### 3.4.1.3 Les enjeux fonctionnels

JP Dumond définit « le fait qu'une organisation est une entité au service d'une mission qu'elle vise à remplir » la mission des services est de produire du soin. Production qui répond à des obligations de qualité, de sécurité, d'efficacité. L'évolution de la structure fonctionnelle de l'hôpital a cloisonné la prise en charge du patient en spécialités. Ce cloisonnement est à l'origine des unités et de la répartition des professionnels et du développement de leurs compétences adapté à la spécialité. Mon rôle de cadre supérieur de santé est de veiller au développement des compétences des professionnels, mais aussi de veiller à maintenir les compétences déjà acquises. La dimension fonctionnelle de la polyvalence doit être considérée comme une valeur ajoutée par la mise en place d'un dispositif de formation et de cadrage. Les enjeux fonctionnels, de façon plus opérationnelle, concernent plus particulièrement le mode opératoire dans le cadrage, le dispositif mis en place.

---

<sup>18</sup> JP Dumond. « Les organisations de santé » p 138

## 3.4.2 Les dimensions éthique et managériale

### 3.4.2.1 Les enjeux éthiques

L'éthique, selon René Frydman<sup>19</sup>, revient à « se poser la question du POURQUOI. Se poser la question du pourquoi, c'est essentiel ». Pourquoi est-ce que je fais cette action ? Pourquoi est-ce que je veux mettre en place au sein du pôle la polyvalence ? Répondre au POURQUOI permet de donner du sens et fiabiliser le projet.

La réponse est multiple parce que les objectifs sont multiples pour : l'Établissement, le personnel, le patient.

L'établissement : les contraintes budgétaires obligent les managers à générer de nouvelles organisations pour garantir l'équilibre économique. Mais aussi, une qualité de prise en charge par un personnel formé dynamique et investi. L'investissement professionnel est l'indicateur d'un taux de satisfaction vis-à-vis du travail accompli et rejoint en cela l'importance du sentiment d'efficacité vis-à-vis de soi et de l'autre.

Le personnel : Développer son expertise, c'est savoir accepter de s'ouvrir sur d'autres expériences et développer de nouvelles compétences, mais aussi de transmettre les compétences acquises. Le transfert de compétence est la clé de voute de la polyvalence. Basée sur des échanges interprofessionnels les acteurs sont, tour à tour, dans une situation d'apprenant et tuteur. La valeur du temps ainsi partagée, autour d'une formation mutuelle, développe la notion d'appartenance qui se situe non pas sur le service, mais sur le pôle.

### 3.4.2.2 Les enjeux managériaux

Le projet de la polyvalence marque le commencement d'une nouvelle orientation managériale. La situation financière de l'Établissement et le besoin en professionnels sur la réanimation m'obligent à orienter mes choix vers une résolution de problème plus pragmatique et plus rapide afin de répondre aux besoins du patient et garantir une prise en charge de qualité. L'objectif final est de mettre en place une politique managériale tournée vers la compétence. Compétence des professionnels à exercer sur l'ensemble du pôle qu'ils soient des personnels soignants ou d'encadrement. Cette évolution nous emmène, naturellement, vers une révolution de pratique pour les cadres dans leur exercice face à un référentiel de compétence, à l'utilisation de logiciel de gestion qui intègre la compétence en ressources humaines. Les restrictions budgétaires ont créé, chez le groupe-cadre, une dynamique de recherche de solution et adhère à cette orientation.

L'organisation des unités est fortement ancrée dans la polyvalence. On peut alors s'interroger sur les manifestations de résistance des professionnels à l'ouverture des unités. La réponse se trouve certainement dans l'évolution des organisations. Les réformes hospitalières ont apporté des modèles d'organisation (école classique, école des relations humaines, école du courant mathématique, école néo-classique) successifs. Aujourd'hui, nous évoluons sur le modèle néo-classique. L'école néo-classique profite de l'expérience de l'école classique et mathématique pour construire ces principes : la maximisation du profit (indicateur de mesure de performance de l'entreprise), l'entreprise motrice économique de la société ; l'individu placé en situation de concurrence. Ce modèle ne tient pas compte de l'impact des facteurs psychologiques sur la productivité des entreprises ni des principes décrits par Elton Mayo comme : la notion de groupe, la responsabilisation de l'individu, l'intérêt donné au travail, la reconnaissance sociale des individus. Principes humanistes portés par les professionnels de santé. Naît alors au cœur des équipes un sentiment d'injustice, de duperie et se met

---

<sup>19</sup> René Frydman. « L'homme 2.0. La question de l'Éthique » Sillex ID N°3. p 24.



en place un positionnement individualiste ou la raison n'est plus portée vers le patient, mais vers le bien-être individuel.

La préparation du projet requiert l'adhésion des équipes et leur implication dans toutes les phases. Un accompagnement des professionnels est indispensable pour la réussite du projet.

## 4 L'ORCHESTRATION DU PROJET

Le projet se déroule en plusieurs phases : le cadrage, la communication, l'accompagnement des professionnels.

### 4.1 LE CADRAGE DU PROJET

Elle procède d'une analyse du travail, dans les services, pour déterminer les besoins, le territoire de soins, les situations prévalentes de travail et les besoins en formation.

### 4.2 L'IMPLICATION DES CADRES

Le groupe-cadre a travaillé à partir de la méthode de QQQCCP pour définir les contours du projet.

	URGENCES	RÉANIMATION	moyens
QUI	IDE et AS Formé au SMUR Expérience antérieure de la réanimation moins de 3 ans.	IDE Expérience antérieure aux urgences de l'hôpital au moins de 3 ans.	Formation pour les autres membres du personnel IDE AS.
QUOI	Équilibrage des balances horaires.		Tableaux de bord. Activité des services. ROR (indicateur régional état des lits et places). Balances horaires.
OU	UHCD Soins relevant de médecine.	USC Soins relevant de soins de la salle de déchoquage pour les urgences.	Élargissement futur sur la salle de déchoquage après une harmonisation des pratiques professionnelles.
QUAND	AS tous les jours entre 7 h et 10 h.	Si creux d'activité.	
COMMENT	Après une formation dans le service receveur. Selon un protocole de mise en place. Selon une géolocalisation. Selon le nombre de patients. Après une analyse du travail.		
COMBIEN	Un professionnel seulement.		

POURQUOI	Creux d'activité journalier de 7 h à 10 h.	Creux d'activité inopinés.	
POUR QUOI	Rétablir la charge de travail Diminuer les balances horaires.	Donner le choix de la polyvalence ou du jour de congé.	
	Développer les compétences. Développer la culture de pôle. Optimiser les organisations.		

Suite à ce travail, nous avons déterminé la géolocalisation, la typologie générale des soins, les professionnels concernés, les critères de la polyvalence, identifié les besoins d'accompagnement, la nécessité d'impliquer les professionnels dans la démarche et hiérarchisé les strates du projet.

### 4.3 LES STRATES DU PROJET

Le projet se hiérarchise en plusieurs phases

- ✓ Phase 1 : organiser les creux d'activité de la réanimation (tableau d'activité)
- ✓ Phase 2 : organiser les creux d'activité des urgences (tableau d'activité)
- ✓ Phase 3 : construire un référentiel
- ✓ Phase 4 : harmoniser les pratiques professionnelles des services et des cadres de santé, évaluer et adapter
- ✓ Phase 5 : élargir le concept du projet :
  - Sur une vision journalière
  - Sur une vision managériale des cadres
- ✓ Phase 6 : développer une politique de recrutement en harmonisation avec le projet.

### 4.4 LA COMMUNICATION ET L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS

#### 4.4.1 La communication

Depuis mon arrivée sur le pôle, je prends le temps de partager avec les équipes des moments de réflexion sur de potentiels projets, de sonder ainsi leur positionnement, d'identifier les leaders et d'écouter les demandes. J'ai compris que la communication est un atout à ne pas négliger dans l'adhésion des équipes à un projet et un moyen efficace de déstabilisation des leaders négatifs.

Une campagne d'information a donc été menée sous la forme de réunions (bilan de pôle, réunions de service) au cours desquelles j'ai exposé le projet de la polyvalence, le contexte, les modalités, la mise en œuvre, les objectifs. Les professionnels de nuit ont fait l'objet d'une démarche de communication personnalisée. Le sujet n'a pas reçu d'opposition réelle. Les professionnels ont évoqué une expérience « sauvage » de la polyvalence entre ces deux services et ont proposé un groupe de réflexion de retour sur expérience.

#### 4.4.2 Le groupe de retour sur expérience (REX)

##### 4.4.2.1 Objectif du groupe

L'expérience doit servir à progresser. Les acteurs de ce groupe ont tous participé à une première expérience de polyvalence de la réanimation vers le service d'UHCD. Les objectifs de ce groupe sont de déterminer les problématiques rencontrées et d'élaborer un plan d'action. Une première réunion a

permis d'analyser les cartes de soins, de définir les difficultés rencontrées et déterminé un plan d'action.

#### 4.4.2.2 Organisation du groupe

Un membre de chaque fonction, de chaque service, de chaque équipe a participé à une expérience de polyvalence. Les objectifs du groupe sont d'améliorer la polyvalence dans le pôle par une analyse des retours d'expérience.

Une réunion informelle des professionnels a permis de lister le plan suivant :

- ✓ Un plan d'action environnemental : étiqueter tous les placards et les tiroirs.
- ✓ Réunir dans un même lieu tous les formulaires.
- ✓ Ouvrir des droits sur le logiciel « Urqual<sup>20</sup> » et formation.
- ✓ Prioriser les professionnels qui bénéficient d'une expérience antérieure dans le service.
- ✓ Contractualiser la polyvalence : modalité de mise en œuvre.
- ✓ Mettre en place une formation sous la forme de vis ma vie professionnelle.
- ✓ Un questionnaire de satisfaction et d'évaluation.

#### 4.4.3 La formation

L'Ingénierie de la formation se décline en objectif principal, objectifs intermédiaires et objectifs secondaires.

Objectif principal : permettre aux professionnels d'effectuer une mission ponctuelle sur une unité d'hospitalisation du pôle.

Objectifs intermédiaires

- ✓ Connaître l'environnement de travail
- ✓ Connaître la typologie des patients
- ✓ Connaître les outils informatiques et logistiques

Objectifs secondaires

- ✓ Connaître l'environnement du travail par une mise en situation professionnelle de 3 jours, en continu ou discontinu, encadré par un professionnel du service receveur.
- ✓ Connaître la typologie des patients et leur besoin sur un service d'hospitalisation de très courte durée.
- ✓ Prendre en charge l'ensemble des soins qui relèvent de sa compétence.
- ✓ Savoir se servir des outils informatiques et logistiques du service.

#### 4.4.4 Analyse du travail

Cette analyse fait référence à l'ergonomie. Cette science du travail inclut dans les organisations la dimension cognitive, la sociologie du travail. L'ergonomie classe le travail en deux catégories : **le travail réel et le travail prescrit**. **Le travail réel** présente une charge plus importante que celui listé dans les référentiels ou fiches de poste (appelé **travail prescrit**). Cet écart est le résultat de l'intervention cognitive et sensitive de l'opérateur. Dans le travail, l'opérateur s'approprie les consignes (représentation individuelle du travail) et les redéfinit en fonction de ses connaissances, de son

---

<sup>20</sup> Logiciel patient adapté aux urgences

environnement, des évènements interférents au déroulement du travail. La représentation individuelle du travail est complétée par **la représentation collective**, très prégnante au niveau des services. Elle se traduit par : « ici, on ne fait pas ça comme ça ». Les opérateurs ont construit un référentiel commun de la tâche. La compréhension des principes de l'ergonomie et l'observation de la réalisation du travail nous permettent d'affirmer qu'il existe un écart entre la description du travail et la réalité.

L'analyse ergonomique du travail souligne l'importance de l'environnement : environnement structurel, organisationnel, informatique. Toute modification de l'environnement de travail est donc une source de difficulté pour celui qui la subit. La polyvalence professionnelle constitue une perturbation des habitudes de travail, une rupture avec l'environnement habituel. Cette perturbation entraîne une baisse de la production et l'efficacité du soin avec un risque d'altération de la qualité des soins.

#### 4.4.5 La cartographie des soins

Les cartographies sont un des éléments de la GPMC, une image ponctuelle d'une représentation d'éléments de ressources humaines. Le principe de la cartographie peut être appliqué pour une analyse de situation dans une organisation de travail. C'est dans ce sens que j'ai utilisé cet outil.

##### 4.4.5.1 Intérêt de la démarche

La cartographie des soins permet de :

- ✓ déterminer les connaissances nécessaires pour effectuer les soins requis,
- ✓ établir une carte des soins effectués dans le service,
- ✓ déterminer les domaines de compétence requis,
- ✓ construire un diagramme des activités communes (tronc commun de la formation en soins infirmiers) et spécifiques (activités liées la spécialité du service).

Une base pour la réflexion sur les pratiques professionnelles.

##### 4.4.5.2 Méthodologie et résultats

Inspirés du principe des cartographies, nous avons demandé aux professionnels de noter toutes les tâches effectuées en faisant appel à un auditeur.

La commande insuffisamment étayée a abouti à la construction d'une cartographie des actes de soins que nous avons validés. Cette cartographie s'apparente à une liste de soins, mais elle nous permet de mettre en œuvre le projet. Elle dessine les besoins de formation des professionnels. Elle révèle que le service d'UHCD ne présente aucun soin technique particulier, les connaissances de soins du tronc commun suffisent à l'exercice de la fonction. Le travail administratif requis demande une connaissance du logiciel qui n'est pas commun aux deux unités.

#### 4.4.6 La cartographie des compétences.

##### 4.4.6.1 Intérêt de la démarche

La cartographie des compétences est un outil pour déterminer les actions GPMC, identifier les charges de travail et les besoins à partir de situations de travail prévalentes, analyser les écarts,

proposer des actions pour les réduire, repérer les besoins, bâtir des formations, engager une politique de recrutement dans l'objectif de compléter les compétences.

#### 4.4.6.2 Méthodologie et résultats

La cartographie de compétence se construit à l'aide des entretiens d'évaluation et une mise en situation professionnelle (travail réel) observée par un pair. L'organisation de la fonction publique prévoit une évaluation des professionnels une fois par an. La campagne d'évaluation qui débute au mois de juin sera le tremplin à une évaluation des compétences acquises du professionnel. Un outil de pilotage individuel est à la disposition du cadre. Même si, celui-ci ne répond pas entièrement à la philosophie de l'évaluation par les compétences, cet outil constitue une base de travail. L'évaluation se déroule sous la forme d'un entretien individuel où l'agent et le cadre échangent sur les pratiques professionnelles, les besoins de formation.

Au décours de la campagne d'évaluation, les cadres de service ont été missionnés pour recueillir les éléments de construction de la cartographie. Celle-ci donnera des informations sur les compétences acquises, les compétences à acquérir, les compétences à approfondir et pour certains à réactiver.

Dans un deuxième temps, le travail consistera à identifier les situations prévalentes du service de l'USC et de l'UHCD, afin de déterminer les compétences professionnelles nécessaires à l'exercice ponctuel dans le service. Ces situations prévalentes s'appuieront sur le livret d'accueil des étudiants en soins infirmiers, l'expérience des étudiants en formation et l'observation du travail réel.

Les compétences seront identifiées, par corps de métiers, en commençant par le groupe infirmier, évaluées à l'aide du référentiel de formation en soins infirmiers selon des situations de travail prévalentes. Une analyse des écarts ciblera les besoins en formation.

Par la polyvalence, c'est la compétence des professionnels qui est valorisée, explorée et partagée. Les cadres de proximité et le cadre supérieur doivent œuvrer pour une politique commune d'encadrement.

#### 4.4.6.3 Les situations de travail prévalentes

Nous avons pris attache auprès de l'institut de formation en soins infirmiers et institut de formation des aides-soignants, pour nous aider à construire notre référentiel. Un premier de groupe de travail se réunit au mois de septembre avec des représentants professionnels par service et par catégories professionnelles.

### 4.5 LE CADRAGE MANAGÉRIAL

#### 4.5.1 Indicateurs d'organisation

La polyvalence doit être organisée et cadrée. Dans le cadre de la strate 1 du projet, le manager a besoin d'outil pour l'aider à la décision d'enclencher le processus.

#### 4.5.2 Les outils de pilotage

Le tableau se présente en deux parties : les indicateurs d'aide à la décision et la notification de la décision pour assurer une traçabilité.

### 4.5.3 Le choix des indicateurs

Les indicateurs ont été choisis en fonction du mode de fonctionnement de la Réanimation :

- Le ROR nous donne le nombre de lits vacants de réanimation médicale sur le 95. Ce nombre nous oriente dans notre décision
- le nombre de lits vacants sur notre réanimation (tableau de bord à disposition pour tous les cadres),
- la répartition typologique des patients sans considération de la géolocalisation dans le service.
- Le nombre de professionnels présents ou le nombre prévu sur le planning en fonction de leurs compétences.
- La charge de travail particulière (les hémofiltrations augmentent considérablement la charge de travail, il faut prendre acte de cette difficulté dans la décision).

#### 4.5.3.1 Les sources de données requises pour la production des indicateurs

Les sources de production du tableau de bord proviennent de la plateforme du ROR Ile de France, du tableau de bord de l'état des lits vacants.

Tableau 18 : extraction fichier ROR

The screenshot shows an Excel spreadsheet with the following data table:

Regrouper	Etablissement	Nom de l'UO	Lits disponibles	Date de mise à jour
Réanimation	CENTRE HO	Réanimation	2	22/04/2015 11:54
Réanimation	CENTRE HO	Réanimation	3	28/05/2015 17:04
Réanimation	CENTRE HO	Réanimation	3	28/05/2015 17:25
Réanimation	G.H.E.M. - H	Réanimation	3	25/05/2015 16:28
Réanimation	GROUPE HCR	Réanimation	4	28/05/2015 08:29

Tableau 19 : Extraction fichier lits vacants GHCP0

	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
39 MEDECINE specialités	1415	28	28	0	0	1f	1H+1F	1h	1h	0	2H	1h	0	(1s)
40 (médecine 3)														
41 PEDIATRIE	1485/1486													
42 01/12 au 28/02 (plan bronchio)		19	19											
43 01/07 au 31/08		12	12											
44 01/03 au30/11 (Hors plan bronchio)		16	16	5		8	10	8		7	10	4		5
45 NEONATOLOGIE	1673	6	6	3		4	4	4		4	4	4		4
46 cadre de fonctionnement réglementé														
47 MATERNITE	3425	26	26	0		1	1	1		7	4	3		6
48 Gynécologie / obstétrique														
49 REANIMATION / USC	1475/1519	8	8	0	0		2	1	1	0	0	0	0	
50 Réanimation														
51 USC		4	4	4	4		2	2	2	2	2	2	2	
52 cadre de fonctionnement réglementé														
53 PAVILLON SAINT LAURENT	1655	26	26	1f		1F				0	0			
54 SSR		8	8	0		0				0	0			
55 EVC/EPR		12	12	0		0				2	2,1h			
56 UGA		1	1	1		1				1	1			
57 Hospitalisation de Jour														
58 PSYCHIATRIE 05 C&B/14														

#### 4.5.3.1.1 Périodicité

Le tableau de bord est rempli dès que l'activité globale de la réanimation présente des lits vacants en nombre supérieur à 3 sur des patients de typologie de réanimation. Le tableau est renseigné par le cadre du service, il est consultable et modifiable sur le dossier partagé du pôle. Le cadre des urgences assure la continuité du système en cas d'absence de son homologue.

#### 4.5.3.1.2 La méthodologie

La production du tableau de bord est assujettie à une baisse de l'activité. Le cadre du service ou le cadre remplaçant doit remplir le tableau dès que l'activité décroît. Une analyse semestrielle permettra de déterminer le rythme de la chute d'activité et les organisations mises en place.

Le fichier de décision du cadre est renseigné par celui-ci. La décision ultime reste à l'appréciation du cadre en consensus avec les professionnels médicaux de la structure.

#### 4.5.3.1.3 Les tableaux de bord

Les tableaux de bord sont établis selon deux axes : analyse de la situation, traçabilité de la décision et argumentation.

Tableau 20 : Tableau de bord décisionnel

Dates		11-mai	12-mai	13-mai	14-mai	15-mai
lits vacants	<a href="#">ROR[1]</a>	8	10	14	11	8
	Réa (8 LITS) Beaumont	5	4	5	4	5
	USC (4LITS) Beaumont	3	2	2	2	2
<a href="#">Typologie patient[2]</a>	réanimation	3	4	3	3	5
	USC	1	2	2	3	3
Nombre de professionnels	IDE	4	3	4	4	4
	AS	1	2	2	2	2
<a href="#">Nbre hémofiltration[3]</a>						
Possibilité suspension IDE		FAUX	OUI	OUI	OUI	NON
ROR > 10 possibilité suspension IDE		NON	NON	OUI	OUI	NON
Nb de professionnel requis (cadre de fonctionnement)	IDE	2	2	3	2	3
	AS	1	1	2	1	1
Nb de professionnel restant	IDE	3	3	2	2	4
	AS	1	2	2	2	2

Tableau 21 : Tableau de traçabilité décisionnelle

Tableau de bord de suivi de décision										
Décision IDE	polyvalence				2		2			
	<a href="#">congé[4]</a>	1								
	<a href="#">en l'état</a>			1						1
Décision AS	polyvalence						0			
	<a href="#">congé[4]</a>									
	<a href="#">en l'état</a>			1						1
Professionnel Nom IDE	IDE	gertrude	CA			Fabienne	UHCD	fabrice	UHCD	
	IDE NUIT					emilie	UHCD	xavier	UHCD	
Professionnel Nom AS	AS									
	AS NUIT									
<a href="#">bénéficiaire remplacement UHCD</a>	IDE									
	AS									
Mémo (consensus médical,										

<a href="#">[1] Répertoire Opérationnel des Ressources</a>					
<a href="#">[2] Classification du patient par typologie et non la géolocalisation</a>					
<a href="#">[3] Charge en soins particulière hémodialyse</a>					
<a href="#">[4] Notification du congé (Récupération Heure RE, RTH)</a>					
<a href="#">[5] Nom de la personne qui bénéficie d'un congé par la polyvalence</a>					



## 4.6 PHASE D'ÉVALUATION

Des temps d'évaluation sont prévus

- ✓ pour évaluer le contenu des formations et adapter
- ✓ évaluer les organisations mises en place et adapter
- ✓ Adapter la fiche de poste
- ✓ Evaluer la satisfaction des professionnels et les propositions d'amélioration.

L'évaluation se déroulera après la formation des professionnels par niveaux de compétences sous la forme de réunion de travail

## 4.7 HARMONISATION DES PRATIQUES MANAGÉRIALES

### 4.7.1 Harmoniser les pratiques de management des ressources humaines

La polyvalence des professionnels nous oriente vers une harmonisation des pratiques RH du pôle. Ce projet, ouvre la porte à une réflexion globale de nos disparités managériales et tend à nous interroger sur les distorsions existantes alors que nous travaillons en référence à une charte du temps de travail. Cette disparité amène des conflits et des inégalités de traitement pour le personnel. Nous travaillerons dans la phase 4 à cette harmonisation.

### 4.7.2 Harmoniser les organisations et pratiques professionnelles

En nous appuyant sur les principes de l'ergonomie, l'harmonisation des pratiques est indispensables à l'épanouissement des professionnels qui participent aux projets de la polyvalence. Les Urgences et la Réanimation ont des secteurs d'activité similaire entre la salle de déchoquage et la réanimation. Pourtant aucune similitude organisationnelle n'existe entre elles. Les cadres des services ont pris conscience de cette difficulté et travaillent à sur une organisation commune (matériels, rangements, procédures).

## 4.8 ÉVOLUTION DU PROJET

L'irruption d'évènements organisationnels ont obligé l'encadrement à modifier le déroulement du projet et orienter la polyvalence directement sur les aides-soignants des Urgences vers la réanimation. Le changement de population cible ne change pas le déroulement du projet. Il demande une adaptation, avec un temps de formation plus importants.

## CONCLUSION

Ce travail s'inscrit dans la politique de gestion des ressources humaines. Beaucoup de professionnels ne partagent pas cette orientation managériale car ils portent en eux les stigmates d'une mauvaise expérience. Pourtant la polyvalence impulse une dynamique et met en adéquation la stratégie, les moyens et les ressources.

Ce projet est entré dans sa première phase opérationnelle, les aides-soignants des Urgences vont bénéficier d'une formation sur les soins continus et participer à la prise en charge des patients, le matin, ou l'activité du service des Urgences est la moins dense.

De la réussite de cette première vague va dépendre la continuité du projet. L'adhésion des professionnels est indispensable pour sa réussite. Au-delà de l'adhésion c'est la satisfaction ressentie et partagée qui incitera les autres professionnels à tenter l'expérience.

J'aspire à pouvoir aller plus loin dans le projet pour déployer sur le pôle une politique de management autour de la compétence.

- Les évaluations professionnelles sur des situations prépondérantes de service.
- L'organisation des ressources humaines et la mise en adéquation des compétences requises par rapport aux typologies du patient.
- Des compétences managériales partagées sur le pôle.

Chaque projet est porteur d'une élévation professionnelle. La réalisation et l'évaluation du projet sont des indicateurs de sa réussite. Cependant, il faut y associer la somme des connaissances acquises, l'implication dans la recherche, la cohésion des professionnels. Si sa réalisation est partielle, il restera une expérience de recherche de partage et de travail collaboratif à l'origine de la naissance d'une dynamique cadre de pôle.

## BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGES

- B. Dubois « le Marketing Stratégique Hospitalier » Gestions Hospitalières. N° 255. Avril 1996. p 279-283.
- H. MINTZBERG. Structure et dynamique des organisations. Éditions d'organisation Eyrolles 1982. Paris.
- G. LE BOTERF. « Construire les compétences individuelles et collectives » Éditions d'organisation Eyrolles. 6<sup>ème</sup> édition. Février 2014. Paris. 300 pages.
- G. LE BOTERF. « Repenser la compétence. Pour dépasser les idées reçues : 15 propositions ». Éditions d'organisation Eyrolles. 2<sup>ème</sup> édition. Mai 2013. Paris. 141 pages.
- J. NIZET. F. PICHAULT. « La coordination du travail dans les organisations » Éditions Dunod. 2012. Paris. 125 pages.
- J. LEPLAT. « Mélanges ergonomiques : activité, compétence, erreur » Collection travail & activité humaine. Edition Octares. 2011. Paris. 188 pages.

### ARTICLES - COURS DE MASTER- RAPPORTS - REFERENTIELS – REVUES

- D. GEISEIHART. « l'homme 2.0 : La question de l'éthique ». Donner du sens à l'innovation.
- A.DUTHOIT. «L'entreprise collaborative. Le management du futur ». Silex ID O3. Page 57 à 61
- M. VETTER. D. GEISELHART. « Il faut apprendre à travailler ensemble » Silex ID O3. Page 67 à 70
- R. FRYDMAN. « L'homme 2.0. La question de l'Éthique » Silex ID N°3.
- V.ETTwillER-BURG. « Le directeur des soins et la polyvalence des infirmiers » Mémoire de l'Ecole des Hautes Études en Santé Publique. 2012. 55 Pages.
- A. WYNEN. « La mutualisation comme outil de réorganisation » Mémoire de l'Ecole des Hautes Études en Santé Publique. 2012. 55 Pages.
- J. DELABASSERUE. « Le développement des compétences par la mobilité du personnel » Mémoire Cadre de santé. École d'Enseignement de Promotion Sociale de la Communauté Française. 2012-2013. 85 pages.
- R. RIBOUCHON« Un programme de formation interne : un outil pour améliorer le savoir-faire face à la polyvalence et à la mobilité des professionnels infirmiers » Journal Européen des Urgences .Mars 2008. Volume 21. N° S1. page A238.
- P.PASTRÉ. « l'analyse du travail en Didactique professionnelle » Revue Française de Pédagogie. N° 138. Janvier-Février-Mars 2002. 8 pages.

- G. LE BOTERF. « Gestion des compétences : Définition, nécessité, faisabilité... » Gestions hospitalières. décembre 2005. Page 772.
- G. DREVET. « La polyvalence une réponse stratégique et organisationnelle à promouvoir » Gestions hospitalières. Février 2001. Page 106-119.
- G. DREVET. « Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques ? ». Thèse Université. Université Lumière de Lyon 2. Juin 1999.
- T. BASTIDE. « mobilité choisie, lien social et compétences infirmières » Soins Cadres. Aout 2013. N°87. Page 44 à 87.
- L. Pierre. « Nomadisme et maintien des compétences infirmières ». Soins Cadre dossier attractivité et fidélisation des personnels à l'hôpital. Mai 2010. N°74. Page 20 à 21.
- J.C ERNY. « Le sentiment d'efficacité personnelle et ses attributs dans la polyvalence des infirmiers au sein d'un pôle ». Recherches en soins infirmiers. N°101. juin 2010.
- J.F. DORTIER « changer le travail, 20 pistes pour améliorer la qualité de vie au travail ». Les grands dossiers des sciences humaines. N° 36.
- M. SAN JULIAN « Pour faire de la mobilité une bonne affaire ». Objectif soins N° 91 page 11
- D.D'AMOUR et al, « l'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé », Sciences sociales et santé. Vol 17. N° 3, septembre 1999, p 63-92, p69.
- JP DUMOND. Les organisations de santé. « La grande transformation hospitalière » Cours Master 2. Version Aout 2014. UPEC. 149 pages
- X. LEMARCHAND. « Managements des ressources Humaines. Développement des compétences : évaluer pour évoluer ». UE3 ecue 2. Didaction Conseil. Année 2014-2015.
- Agence Nationale d'Appui à la Performance ANAP « Zoom sur : synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé »

#### **SOURCE INTERNET**

- Répertoire des métiers de la santé et de de l'autonomie de la fonction publique hospitalière la compétence. 2015  
<http://www.métiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr-->
- ARS Ile de France  
<http://www.ars.iledefrance.santé.fr:index.php?id=104820http:// Cairn.info:revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-2->

## TABLE DES ANNEXES

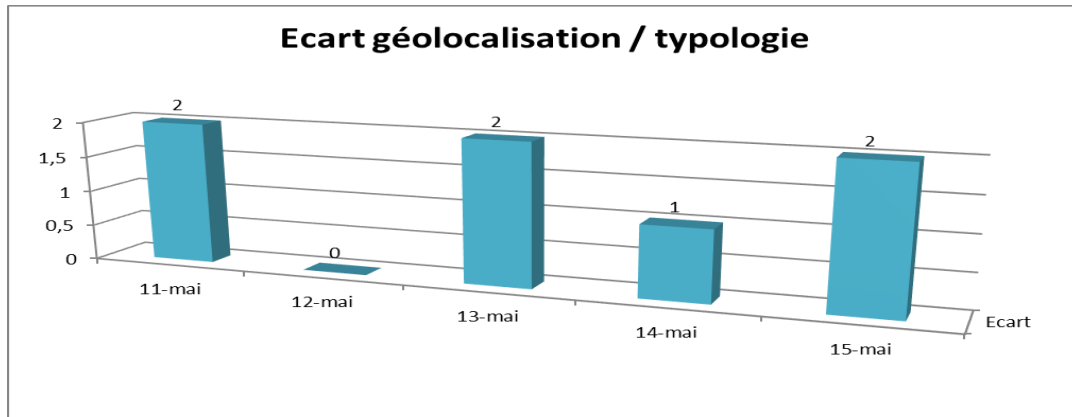
Annexe1 : Focus sur la typologie des patients

Annexe 2 : Dossier Validation MRH UE 2 ecue 3

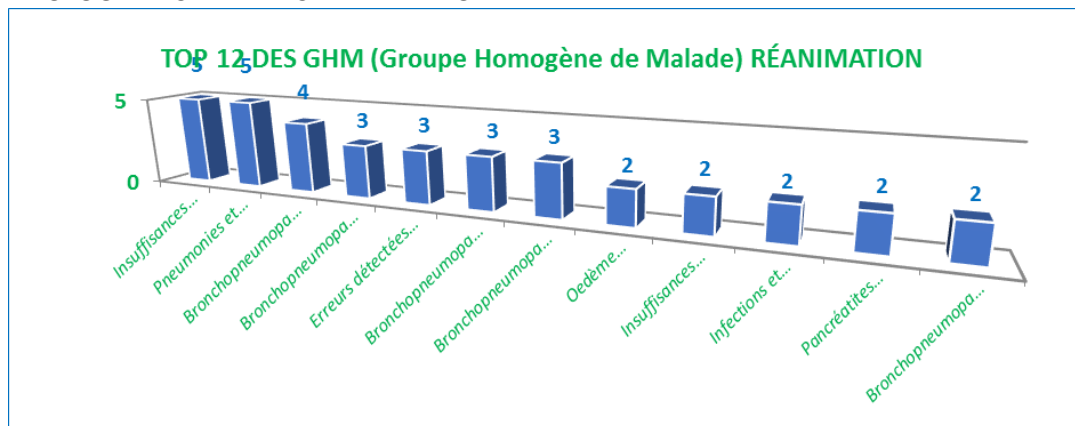
# ANNEXE 1

## FOCUS SUR LA TYPOLOGIE DES PATIENTS

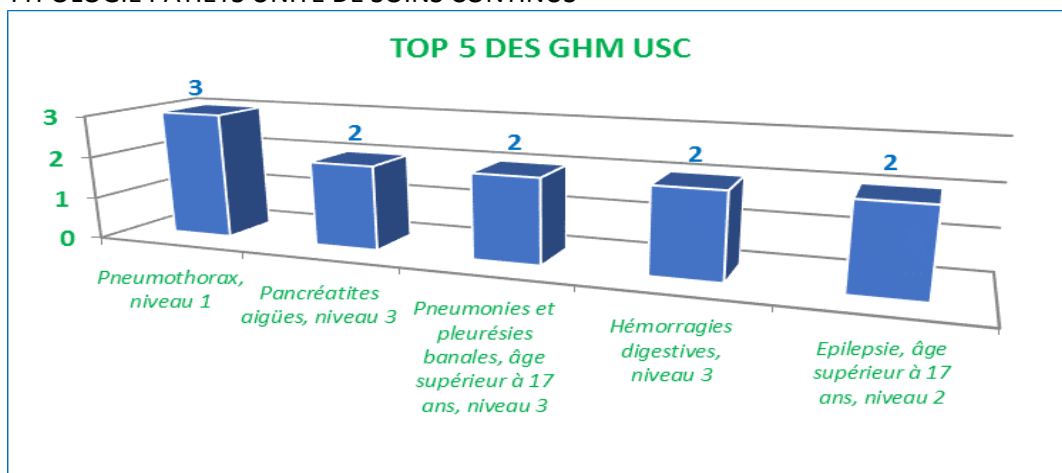
### ECART TYPOLOGIE ET GÉOLOCALISATION



### TYPOLOGIE DES PATIENTS RÉANIMATION



### TYPOLOGIE PATIENTS UNITÉ DE SOINS CONTINUS



# ANNEXE 2



MÉLANGES ERGONOMIQUES : activité, compétence, erreur  
Jacques Leplat

SYNCHRONISATION DES TEMPS MÉDICAUX ET NON MÉDICAUX  
AUPRÈS DU PATIENT HOSPITALISÉ  
Agence Nationale d'Appui à la Performance ANAP

## 1 Les concepts

Activité : ce concept s'appuie sur l'analyse de la production par le découpage en tâche : on distingue la commande ou la tâche prescrite, la modélisation par l'opérateur ou la tâche redéfinie et enfin le résultat obtenu ou la tâche effective. Le concept d'activité est lié à un motif qui est l'expression d'un besoin.

Compétence : c'est la représentation des capacités à exécuter une activité ou à résoudre des problèmes. Au sens béhavioriste, il s'agit de la « combinaison de composantes cognitives, affectives et sociales » Montmollin, 1997 art. « Compétences ». Selon Bruner c'est « l'intelligence opérative du savoir » La compétence peut être collective et ou individuelle.

Expérience : concept proche de la compétence. L'expérience est un ensemble de savoir individuel et ou collectif qui s'est constitué au fil du temps. Dans le langage courant elle s'applique à un domaine particulier. L'expérience peut être définie comme le moyen de consolidation des acquisitions d'un apprenant.

L'erreur : le concept de l'erreur ne peut se définir que par rapport à une référence normative ou représentative. La référence normative fait appel à un référentiel (règlement, procédure, compétence, management...) la référence représentative est subjective puisqu'il s'agit de l'interprétation des buts attendus. Ce concept est intégré dans la culture du management, particulièrement en aéronautique, dans la méthodologie des apprentissages.... En ergonomie le concept d'erreur est utilisé pour comprendre et analyser l'activité. Elle ouvre un champ de recherche sur l'exploitation de l'erreur et sa réhabilitation.

## 2 Les notions

L'activité : opération de mise en œuvre cognitive et constructive de la tâche. La cognition permet à l'opérateur d'adopter des stratégies d'adaptation en fonction de son environnement, de

son expérience, de ses capacités et de la tâche qui lui est demandée. L'activité est une juxtaposition de tâches.

La tâche : ce qui est à faire pour atteindre l'objectif (le but). Elle se divise en trois parties : la tâche prescrite, la tâche redéfinie et la tâche effective. Leplat a schématisé cette notion par : « la tâche prescrite exprime alors le modèle que se fait le prescripteur de l'activité attendue de l'agent. La tâche redéfinit pour lui, est le modèle qu'il se donne de l'activité à venir. La tâche effective est le modèle de l'activité effectivement réalisée »

Le but : atteinte d'un résultat en fonction de différents critères comme la sécurité, la dextérité, la production...

La coordination : elle se définit autour de la notion de coopération. Selon Terssac et Maggi : « la coopération est l'action vers un même but ».

L'évaluation : est l'observation du déroulement de la tâche elle permet d'analyser les écarts.

L'adaptation : capacité d'un individu à transformer son environnement ou à se transformer pour atteindre un but habituel, perturbé par des contraintes inattendues.

Le breakdown : il existe plusieurs traductions « rupture, fracture, erreur, déviation ». C'est un événement qui vient perturber le déroulement de l'action. Événement inattendu qui entraîne une action corrective ou de récupération.

La résilience : c'est l'aptitude à anticiper, percevoir ou répondre à une variabilité non désirée du système par l'exercice d'un contrôle.

Le gap : les gaps sont définis comme une faille organisationnelle dans un système. A différencier du breakdown. La faille est un risque opérationnel connu qui nécessite la mise en place d'instruction afin d'assurer la continuité de l'organisation. Cook, Render et Woods (2000) ont déclaré après avoir fait une recherche portant sur les soins médicaux : « les gaps sont des discontinuités dans les soins ». Patterson, Cook et Woods donnent comme exemples de faille dans le domaine médical « le transfert des patients entre différents lieux de l'hôpital, la modification de traitement, le changement d'attribution du personnel, le changement d'horaire ».

L'erreur : cette notion est liée à celle de l'écart. Elle a un caractère non intentionnel et contrôlable, elle est liée à l'activité. Il faut la différencier de la faute qui a une connotation négative. L'erreur peut être définie comme un événement non souhaité qui introduit une rupture

sur laquelle résulte un écart. Les situations d'erreur sont identifiables, elles correspondent à des failles systémiques. Ces principales caractéristiques sont détectables, correctives et ou récupérables mais non observables. Selon Senders et Moray 1991 « l'erreur n'est pas observable mais elle doit être inférée à partir d'observations »

La faute : elle caractérise la distorsion intentionnelle dans le déroulement d'une action. Elle est non contrôlable car liée à l'opérateur. Cette notion véhicule les notions de responsabilité et de culpabilité.

La variation : intrusion d'un élément qui perturbe le déroulement de l'action, sans en modifier le but. La variation peut être positive ou négative. Hollnagel en a proposé une vision positive en 2009. Selon Norros en 2004 « la réaction aux perturbations révèlent comment les acteurs conçoivent la tâche centrale »

Coordination : organisation des activités par la mise en œuvre de coopérations professionnelles collectives et individuelles dont l'objectif est d'atteindre un but. La coordination nécessite une communication effective et efficiente entre les différents acteurs de l'activité.

La crise : représentation du conflit. Ce conflit, expression des désaccords, utilisé de manière positive permet de mettre en commun des points de vue différents et une confrontation, de pratique. Le conflit amènerait les sujets à mettre en cause leur propre point de vue et à découvrir de nouveaux outils cognitifs (Doise, 1982)

### 3 Méthodes

La conduite de projet : méthode managériale de mise en place de projet en diverses étapes.

Cartographie professionnelle : carte représentative des professionnels, de leur fonction au sein du pôle ou du service. Cette cartographie peut être adaptée en fonction de l'objectif du projet, exemple : cartographie d'activités de soins, cartographie des compétences.

Fiche d'identité du service : permet de visualiser le service dans son domaine d'activité, son cadre de fonctionnement en personnel, en ouverture de lit etc...

Trame d'organisation : méthode organisationnelle qui permet de prévoir trois niveaux de prise en charge en fonction du nombre de professionnel, peut s'appliquer à la charge en soins.

## 4 Techniques

L'auto analyse guidée ou débriefing : analyse critique, immédiate, du déroulement de l'action qui permet d'identifier les éléments ayant conduit l'opérateur à effectuer son action, mesurer les écarts avec le résultat attendu.

La confrontation : analyse du déroulement d'une activité par un collectif de professionnel à l'aide de grille d'observation ou d'enregistrement vidéo. Cette méthode permet d'échanger sur les pratiques professionnelles individuelles ou collectives et en améliorer les résultats.

## 5 Argumentation

Notre monde professionnel fait l'objet de réformes dans sa gestion, son organisation ses compétences. Dans ce contexte socio-économique, les structures subissent de nombreuses transformations et les « réorganisations » des services sous entendent, bien souvent, une réorganisation des ressources humaines. La tendance est à la suppression de poste, fusion de service, réorientation d'activité... La traque aux niches de temps de travail est lancée, les notions **de poly compétence, polyvalence, mutualisation** sont la clé des maux et au cœur de tous les débats. Les professionnels paramédicaux des services critiquent et craignent ces orientations. Ces mots leurs évoquent le désordre, le risque, une charge de travail supplémentaire, une charge mentale, une rupture d'environnement, la non reconnaissance de leur existence comme individu au sein de l'institution. C'est pourtant dans ces conditions que j'ai choisi, avec le groupe cadre, cette orientation managériale de la mutualisation des ressources humaines au sein du pôle mais aussi celle des compétences. La mutualisation semble répondre aux mieux aux problématiques du pôle dont la finalité est de donner une réponse organisationnelle à la fluctuation de son activité, homogénéiser les forces de travail présentent sur le site et pérenniser l'activité du pôle au sein de l'institution.

Cette mutualisation nous engage dans la réflexion de l'organisation du travail, de son ingénierie. Deux acteurs prépondérants concernés par ce projet : le professionnel et le travail. Le travail est le champ de compétence de l'ergonomie. L'ergonomie met à notre disposition un ensemble de connaissance sur les mécanismes de l'organisation des activités.

En Ergonomie, la notion de travail est prépondérante, il faut entendre le travail au sens de la production de soins, observable, séquencée. On ne peut faire l'économie de s'intéresser à son organisation. L'ergonomie analyse l'activité en situation de travail et selon plusieurs

dimensions : sa structure (l'activité, sujet, tâche), sa dimension sociale et collective, la dimension cognitive, culturelle...

La vision ergonomique du travail aborde les concepts de compétence, d'expérience qui met en avant les savoirs individuels et collectifs. La combinaison de ces savoirs apportera une cohésion de pôle, voire la naissance d'une culture autour de cette coopération. Une régulation de moyen ne peut se faire qu'après avoir déterminé les éléments qui constituent les activités de soins. Cette étape permet d'évaluer si les compétences des professionnels répondent à la demande en soins et d'identifier les besoins de formation face aux tâches demandées. Comprendre la méthodologie du travail permet d'organiser l'activité, d'éviter les situations conflictuelles, garantir une prise en charge optimale du patient, sécuriser les professionnels face à une rupture dans leur exercice et leur environnement, répondre aux risques de failles organisationnelles, déterminer les modalités de son application.

Le savoir ergonomique allié aux outils méthodologiques de l'ANAP<sup>21</sup>, facilite la gestion et la mise en œuvre du projet. La carte d'identité du service, la cartographie des compétences, des activités de soins, sont les éléments constitutifs d'une bibliothèque d'outil consultable à tout moment. Ces outils seront les supports de négociations avec les professionnels et ou l'institution. Leur caractère officiel donnera de la légitimité à l'étude.

En choisissant un livre sur l'ergonomie je ne m'attendais pas à trouver autant d'éléments et d'outils managériaux. Cette méthodologie de travail allie les études des organisations et la prévention des risques psychosociaux. Risques psychosociaux majorés lors de la transformation des organisations. Contrairement à nos modèles, l'ergonomie part du terrain, des réalités organisationnelles et opérationnelles. L'ergonomie contribue à changer le travail, en améliorer les conditions, développer des compétences, humaniser le management, réintroduire de l'équité<sup>22</sup> donner aux syndicats une autre représentation du management, redonner du sens.

---

<sup>21</sup> Agences Nationale d'Appui à la Performance

<sup>22</sup> Les grands dossiers des sciences humaines N° 36 « changer le travail » page 7 à 11

Avant de m'instruire des principes de l'ergonomie mes orientations étaient inspirées des textes qui réglementent la fonction des professionnels en soins infirmiers<sup>23</sup> avec un dénie des paramètres opérationnels du travail. Travailler sur les organisations demande la reconnaissance de ces paramètres pour engager un ensemble d'action qui s'inscriront dans le DPC<sup>24</sup> la GPMC, la politique de recrutement du pôle et les actions collectives de formation du pôle.

Dans ce contexte de réforme, nous devons innover dans nos méthodes managériales, créer de nouveaux espaces d'échanges et de discussion veiller à préserver l'autonomie du travail.

---

<sup>23</sup> Décret de compétences en soins infirmiers

<sup>24</sup> Développement Personnel Continu



Formation & Recherche en Soins

2 rue Antoine Etex 94000 CRETEIL – Tél 01 58 42 46 20 Fax 01 58 42 46 29

**Diplôme de Master Management des Organisations Soignantes  
MTMOS@14-15**

TITRE DU MÉMOIRE  
LA POLYVALENCE OUTIL POUR LE PILOTAGE À L'ACTIVITÉ

AUTEUR  
Marie-Pierre SAUTREUIL

MOTS-CLÉS Polyvalence professionnelle, Activité, flexibilité, Compétences	KEYWORDS Professional versatility, Activity, flexibility, skills
---	--

RÉSUMÉ

Cadre coordonnateur d'un pôle Urgence Réanimation et Smur, je dois mettre en place une organisation pour répondre à une activité cyclique. Le pôle est caractérisé par une activité saisonnière. Les ressources humaines sont organisées pour répondre à cette singularité. Néanmoins, des chutes d'activité touchent le service de réanimation et nous forcent à mettre en place une organisation pour optimiser la gestion des ressources humaines. La polyvalence professionnelle semble répondre à la problématique, et va créer une opportunité de coopération entre les unités du pôle. Je me suis appuyée sur la science de l'ergonomie pour construire le projet, étudier le travail infirmier, construire les cartographies de soins, déterminer la géolocalisation pour la mise en œuvre. Les professionnels et les cadres participent au projet et collaborent à son organisation.

Core business manager of an emergency care resuscitation and smur, my department has a cyclical activity and a large movements in patient flows. The department is characterized by a seasonal activity. Human resources have been organized to meet this feature. Nevertheless, activity falls in the medical resuscitation room forces up to put in place organizations such as to optimize human resources. Paramedical versatility organization means be the solution and create a dynamic for stimulating further opportunities for cooperation between the units department. J have drawn on the ergonomic science some thinking's routes and studies the tasks nurses, care acts, decided where the paramedical versatility could be make easily in place. The paramedical staff and managers units participated to project and collaborate to labor organization.